Aus der Chirurgischen Universitätsklinik der Charité, Berlin
Direktor: Geheimrat Prof. Dr. F. Sauerbruch

Spätergebnisse der Thorakoplastik bei Lungentuberkulose

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Medizinischen Doktorgrades

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

GERDA WEISHAUPT

aus Wuppertal-Elberfeld

Tag der Promotion: 23. Juni 1941

Buchdruckerei Franz Lieke, Berlin NW 7, Marienstr. 13

M 127

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz
Referent: Oberarzt Dr. Diebold
Korreferent: Prof. Dr. Gohrbandt

Meinen lieben Eltern

Spätergebnisse der Thoracoplastik bei Lungentuberkulose.

Ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose

nach dem Krankengut der chirurgischen Universitätsklinik Charité aus den Jahren 1928/1932.

Die operative Behandlung der Lungentuberkulose stellt heute einen gesicherten Bestandteil in unserem Kampf gegen diese Volksseuche dar. Der Anwendungsbereich der einzelnen operativen Methoden ist durch vielfältige Erfahrung und kritische Wertung der erzielten Ergebnisse seit langem festgelegt. Pneumothorax, Plombe und Thoracoplastik haben stets ihre besondere Indikation und keiner dieser grundsätzlich verschiedenen Eingriffe läßt sich im gegebenen Fall durch den anderen ersetzen.

Es ist bekannt, daß an sich selbst cavernöse Prozesse spontan ausheilen können. Aber trotz günstiger natürlicher Heilungsbestrebungen hemmen entgegenstehende mechanische Kräfte vielfach die Heilung der Lungentuberkulose. Oft wird man nicht auf die Selbstheilung warten können, weil die Caverne für ihren Träger nicht gleichgültig ist. Weitere Ausbreitung der Tuberkulose durch Streuung oder Gefahr der Blutung verlangen häufig baldiges Einschreiten. In anderen Fällen ist trotz starker Bindegewebsentwicklung und Narbenschrumpfung Selbstheilung von vornherein ausgeschlossen, weil die Starre der Nachbargebilde das Aneinanderlegen der Cavernenwände verhindert.

Das Ziel chirurgischer Maßnahmen ist nun stets die Unterstützung der natürlichen Heilungsvorgänge. Allen Methoden gemeinsam ist der Gedanke, durch Entspannung der Lunge die Schrumpfung zu erleichtern. Zunächst ist die Wirkung rein mechanisch, die elastischen Elemente ziehen sich zusammen, die einzelnen Gewebsabschnitte rücken aneinander, die Lunge wird im ganzen verkleinert, alle Hohlräume werden eingeengt.

Hinzu kommt die innere Umgestaltung. Blut- und Lymphzirkulation werden weitgehend geändert. Während im Beginn der Retraktion vermehrte Blutfülle und eine gewisse

Stauung sich einstellt, wird nach längerer Einwirkung der Schrumpfung infolge Atelektase und bindegewebiger Umwandlung Einengungen der Gefäße und schlechtere Durchblutung der Kollapslunge hervorgerufen. Durch den Ausfall der Atembewegungen verliert die Lymphe ihre Triebkraft. Entsprechend wird die Resorption der Toxine behindert. Lebhafte Bindegewebsentwicklung ist die Voraussetzung für einen wirklichen Erfolg. Die produktive Form der Lungentuberkulose mit ihrer Neigung zur Bindegewebsproliferation ist daher die Domäne der operativen Behandlung.

Ueberall, wo Anwendung des künstlichen Pneumothorax durch ausgedehnte Verwachsung der Pleurablätter unmöglich ist, kommt plastische Einengung der erkrankten Brustkorbhälfte in Betracht.

Quinke hat zuerst die Bedeutung der Mobilisierung der Brustwand zur Erleichterung der Lungenschrumpfung erkannt. Er schlägt zur Beseitigung störender Widerstände die partielle Entknochung über umschriebenen tuberkulösen Herden und Cavernen vor. Aber er konnte sich nicht durchsetzen. Fehlschläge infolge mangelhafter und unzureichender Technik führten sogar zu scharfer Ablehnung.

Das gleiche Schicksal erfuhren die Gedanken Forlaninis zur Pneumothoraxtherapie, die um dieselbe Zeit in Anlehnung an frühere Arbeiten auftauchen. 20 Jahre verstrichen, bis sich diese fruchtbare Idee in Form einer bewährten Methode durchsetzen konnte.

In den Gedankengängen Quinke-Spengler und Forlanini-Murwhys wurzeln die gesamten Grundlagen moderner chirurgischer Behandlung der Lungentuberkulose. Alle verfolgen das gleiche Ziel: Entspannung, Einengung und Kompression der Lunge.

Brauer gab auf Grund seiner Erfahrungen mit der Pneumothoraxtherapie den entscheidenden Anstoß zur Wiederaufnahme der Quinke-Spenglerschen Idee. Er erkannte, daß hier die Wirkung auf künstlicher Entspannung der ganzen Lunge beruht und fordert darum dort, wo die Anwendung des Pneumothorax-Verfahrens an Verwachsungen scheiterte, Entknochung der gesamten Brustwand. So entstand die Brauer-Friedrichsche Operation im Sinne einer Schedeschen Plastik. Der erste überraschende Erfolg bestätigte die Richtigkeit des Grundgedankens. Bald kam es aber zu Fehlschlägen und Enttäuschungen. Bei weichem Mittelfell stellte sich be-

drohliches Mediastinalflattern mit paradoxer Atmung und schwerer Schädigung der Herzarbeit ein. Auch Aspiration forderte Opfer. Alle diese Mißerfolge gaben nunmehr den Anlaß zum Ausbau zweckmäßigerer Methoden. Auf Grund systematisch-anatomischer Untersuchungen entstand schließlich die paravertebrale Resektion der Rippen von einem Hakenschnitt aus und wurde von Sauerbruch zu einem typischen Eingriff entwickelt. Sein Vorgehen stellt heute mit geringen Variationen die fast ausschließlich angewandte Technik dar. Auch Brauers späteres Verfahren der paravertebralen-subskapularen Plastik unterscheidet sich höchstens quantitativ von Sauerbruchs Methode.

Die paravertebrale Resektion der Rippen ist weniger eingreifend als die große Brustwandentknochung. Auch bietet sie jederzeit die Möglichkeit, die Operation abzubrechen oder bei schlechtem Allgemeinbefinden der Kranken von vornherein zu teilen. Je nach Ausdehnung des tuberkulösen Prozesses entfernt man größere oder kleinere Rippenstücke und kann so die Einengung dosieren. Wichtig ist die weitgehende Verkürzung der paravertebralen Stümpfe. Durch elastischen Verband nach Mobilisierung der Brustwand läßt sich Mediastinalflattern verhindern und Atmung und Abhusten erleichtern. Später tritt von den zurückgelassenen Periostschläuchen aus Regeneratbildung und Wiedererlangung der Festigkeit der Brustwand ein.

Bevorzugen wird man in der Regel die Totale Plastik. Sie soll nur bei praktisch einseitigen, produktiven und fibrösen Tuberkulosen durchgeführt werden. Ihr Vorteil ist die gleichzeitige Einengung der gesamten Lunge und dadurch Herabsetzung der Aspirationsgefahr von tuberkulösem Material in gesunde Lungenteile.

Im allgemeinen wird man etwa ein bis zwei Jahre hindurch das Ergebnis der konservativen Behandlung abwarten, ehe man sich zur Thoracoplastik entschließt.

Das beste Alter für die Vornahme der totalen Plastik liegt zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Wegen Zartheit des Mittelfelles vertragen Kinder den Eingriff ungleich schlechter.

Jenseits des 40. Lebensjahres ist die Anpassungsfähigkeit an die neuen, durch die Operation geschaffene Verhältnisse erheblich herabgesetzt.

Mit Rücksicht auf die größere Sicherheit wird vielfach das zweizeitige Vorgehen bevorzugt. Bei jungen sehnigen Leuten mit rein fibrösem Charakter des Leidens darf man aber

ruhig in einer Sitzung operieren. Für den größeren Teil der Kranken wird jedoch das zweizeitige Vorgehen angezeigt sein. In der Regel beginnt man dann über dem Untergeschoß.

Ist eine Tuberkulose auch praktisch nicht mehr als einseitig anzusehen, und der Befund auf der anderen Seite ausgedehnter, so kommt unter Umständen die sogenannte erweiterte Indikation in Betracht. Durch mehrfache Unterteilung des Eingriffs gelingt es auch in solchen Fällen, Besserung und Heilung zu erzielen. Hier ist also die drei- oder mehrzeitige Plastik berechtigt.

Störend macht sich bei mehrzeitigem Operieren die in der Zeit zwischen den Sitzungen erfolgende Rippenregeneration bemerkbar, da sie den Kollaps des nun mehr einzuengenden Lungenteils behindert, ebenso wie die noch nicht resezierten Rippen dem Kollaps des schon eingeengten Lungenteiles hinderlich sind.

Die bedrohlichste Komplikation des postoperativen Verlaufs ist das Mediastinalflattern. Ueberdruckatmung kann unter Umständen den katastrophalen Ausgang aufhalten. Es ist schwierig, das Verhalten des Mediastinums vor dem Eingriff zu prüfen. Am sichersten ist der Pneumothoraxversuch, der darum zu einer sachgemäßen Voruntersuchung gehört.

Die vermehrte Belastung des rechten Herzens nach dem Eingriff durch Einengung der Lungenstrombahn erfordert seine besondere Vorbereitung zur Vermeidung der Insuffizienz. Versagen des Herzens tritt häufiger nach rechtsseitiger Thoracoplastik auf, wie man vermutet infolge mechanischer Rückwirkung auf die nervösen Zentren in der schwachen Wand von Vorhof und rechter Kammer.

Ueberwachung des Abhustens nach der Operation durch geschultes Personal sowie ausreichende Schmerzstillung sind der beste Schutz gegen Aspiration.

Schließlich besteht noch die Gefahr der Wundinfektion von infizierten Brustfellschwarten aus.

Allgemein toxische Erscheinungen werden bisweilen in Form universeller Exantheme beobachtet.

Die früher häufig angewandte Phrenicusexairese als Testoperation für die Tragfähigkeit der gesunden Lunge hat in den letzten Jahren eine Einschränkung erfahren. Sie bedeutet keine Herabsetzung der Aspirationsgefahr, wie man früher annahm. Auch wird der Kollaps nach der unteren Sitzung besonders links bei längerem Bestehen des Zwerchfellhochstandes

nicht gut, da Hochstehen der Magenblase die Rippen aufeinanderdrängt und gefährliche Zustände von Atemnot und Kurzatmigkeit auftreten können.

In der vorausgehenden Darstellung wurde versucht, von den Anfängen der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose ausgehend, zu zeigen, wie in den ersten Jahrzehnten der Anwendungsbereich der Thoracoplastik erprobt und festgelegt werden konnte.

Von den früher gewonnenen Grundlagen aus vollzog sich in letzter Zeit eine weitere Entwicklung im wesentlichen in zwei Richtungen. Einerseits führte der Wunsch, die Behandlungszeit abzukürzen, zu operativen Maßnahmen auch bei frischeren, umschriebenen Erkrankungen. So entstand die Teilplastik, die unter möglichster Schonung des gesunden Lungengewebes auf die erkrankten Bezirke beschränkt bleibt. Andererseits erfuhr die Anzeigestellung eine Erweiterung dadurch, daß auch doppelseitige Lungentuberkulosen in den Bereich chirurgischer Behandlung eingezogen wurden, während man früher großen Wert auf relative Einseitigkeit legte. Der Entschluß zu aktivem Vorgehen auf beiden Lungenseiten wurde auch hier zuerst durch die Anlage des doppelseitigen Pneumothorax in die Tat umgesetzt. Die günstigen damit erzielten Erfahrungen ermutigten zu dem Versuch, auch eingreifendere Methoden chirurgischer Behandlung auf beide Seiten auszudehnen.

Bei dem von mir berücksichtigten Material handelt es sich um Tuberkulosen, bei denen in den Jahren 1928 bis 1932 Thoracoplastiken ausgeführt wurden. In dem damaligen Zeitraum hatte diese neuere Entwicklung noch kaum eingesetzt oder doch jedenfalls noch keine nennenswerte Bedeutung erlangt. Es ist daher verständlich, wenn in der vorliegenden Zusammenstellung der Spätergebnisse der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose aus dem genannten Zeitraum noch keine größeren Erfahrungen hinsichtlich dieser weiteren Entwicklung mitgeteilt werden.

Die vorliegende Arbeit befaßt sich ausschließlich mit der Thoracoplastik und legt zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Verfahrens besonderen Wert auf das Ergebnis nach Ablauf von 5—11 Jahren post operationem, vor allem da auch in der Weltliteratur eine systematische Zusammenfassung der Ergebnisse nach einem so langen Zeitraum noch nicht existiert.

Um die Verschiedenartigkeit der Fälle als Fehlerquelle bei der Beurteilung der Ergebnisse der operativen Behandlung

weitgehend auszuschalten, sind die Beobachtungen in drei Gruppen — nach Brunner — eingeteilt:

I. Gruppe = günstige Tuberkulosen:
Praktisch rein einseitige, fieberfreie, produktiv-cirrhotische Formen, die lange Jahre bestehen und deutliche Heilungstendenz durch Schrumpfung aufweisen. Kavernen mit wenig Neigung zur Vergrößerung schließen keineswegs von dieser Gruppe aus.

II. Gruppe = bedingt günstige Tuberkulosen:
Vorwiegend produktive Tuberkulosen, bei denen aber subfebrile Temperaturen begleitende exsudative Vorgänge anzeigen oder die andere Seite nicht ganz ruhig ist.

III. Gruppe = ungünstige Tuberkulosen:
Progrediente, fieberhafte, ausgesprochen exsudative Tuberkulosen, meist mit starker Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens einhergehend.

Da eine Einzelaufführung aller berücksichtigten Personen unter Mitteilung der Krankengeschichten einen zu breiten Raum einnehmen würde, wurde eine Zusammenstellung der wichtigsten Daten aus dem Krankheitsverlauf eines jeden Patienten in Tabellenform gewählt. So ist demjenigen, der sich für diese Daten interessiert, Gelegenheit gegeben, sich selbst ein Bild von Befund, Behandlung, Verlauf und Ergebnis zu machen. Darüber hinaus werden die Ergebnisse in kleinen Tabellen zusammengefaßt, die es ermöglichen, mit einem Blick zu übersehen, was bei den verschiedenen Formen der von uns angewandten plastischen Einengung herauskommt. Neben der Einzelaufführung ist also eine Zusammenfassung der Spätergebnisse der einzeitigen, zweizeitigen und mehrzeitigen Plastik sowie der Spitzenplastik in den genannten Tabellen erfolgt.

Weiterhin ist das Gesamtergebnis bei allen nachkontrollierten Kranken in einer fünften Tabelle zusammengefaßt.

Es muß bei dieser Gelegenheit darauf hingewiesen werden, daß es keineswegs möglich war, bei allen in dem Zeitraum von 1928—1932 operierten Kranken jetzt noch Nachuntersuchungen vorzunehmen oder die Ausfüllung eines genauen Fragebogens zu erreichen. Viele Kranke waren nicht mehr zu ermitteln, weil sie inzwischen ins Ausland verzogen sind oder primär im Ausland lebten und ihre Adresse nicht mehr zu erhalten war. Auch die inzwischen gestorbenen Kranken sind nicht aufgeführt worden. Es sind also in der vorliegenden Darstellung nur die-

jenigen früheren Patienten erfaßt, die wir selbst nachuntersuchen konnten oder von denen, sei es von den behandelnden Aerzten, sei es von den Kranken selbst, genaue Angaben nach einem eingehenden Fragebogen erhalten werden. konnten.

Wir sind uns bewußt, daß darin ein Mangel zu sehen ist, und daß es für die Beurteilung besser wäre, wenn in der statistischen Auswertung auch Spät-Todesfälle erscheinen würden, und wenn wir von allen Ueberlebenden Befunde oder Angaben hätten mitteilen können. Es ist aber auch verständlich, daß nach so langer Zeit, zum Teil mehr als 10 Jahren, die Aufstellung einer lückenlosen Statistik auf die größten Schwierigkeiten stößt, zumal bei einem Krankengut, das wie in unserer Klinik sich aus allen Teilen Deutschlands, des europäischen, ja auch des überseeischen Auslandes rekrutiert. Trotzdem ist eine Beurteilung gerade der Spätergebnisse, wie wir sie uns vorgenommen haben, auf Grund unserer Ermittlungen durchaus möglich. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir annehmen, daß die Ergebnisse bei den nicht ermittelten Kranken nicht wesentlich verschieden sein werden von denen der ermittelten. Die einzige Lücke stellt vielleicht das Fehlen der inzwischen Verstorbenen dar. Ihre Aufführung in unserer Zusammenstellung hätte andererseits wiederum zu Ungenauigkeiten geführt, insofern als ja nur ein Teil dieser Kranken an ihrer Tuberkulose gestorben, viele aber entsprechend dem schicksalsmäßigen Ablauf ihres Lebens verschieden sind.

Es folgt nun die Einzelauswertung der statistischen Unterlagen:

1. Einzeitige Plastik.

Gruppe	Zahl d. Fälle	verschlecht.	unveränd.	gebess.	bazillenfr.	geheilt
I.	6	—	—	—	1	5
II.	16	—	1	—	3	12
III.	7	—	2	—	1	4

Von den 29 Kranken mit einzeitiger Plastik, die wir nachuntersuchen konnten, sind nur 3 unverändert geblieben, d. h. sie sind nach wie vor positiv, krank und arbeitsunfähig. Der Rest, 26 Operierte, sind arbeitsfähig und nicht mehr krank, haben auch keine Bazillen mehr im Auswurf und stellen auch sozial keine Ansteckungsgefahr mehr für ihre Umwelt dar.

Zweizeitige Plastik.

Gruppe	Zahl d. Fälle	verschlecht.	unveränd.	gebess.	bazillenfr.	geheilt
I.	13	—	—	2	—	11
II.	17	—	2	3	1	11
III.	6	—	1	—	—	5

In ähnlicher Weise ist auch die zweite Tabelle von den zweizeitig Operierten zu verstehen. Es sind im ganzen 36 früher Kranke, bei denen eine zweizeitige Plastik ausgeführt wurde. Drei von diesen sind unbeeinflußt geblieben. Gebessert, d. h. in ihrem Allgemeinzustand und in ihrem subjektiven Befinden gegenüber früher im günstigen Sinne beeinflußt sind 5 Patienten, sie sind aber nicht bazillenfrei geworden. Der Rest, also 28 von 36 Patienten, sind bazillenfrei und geheilt.

Beim Vergleich dieser Zahlen mit den einzeitigen Plastiken tritt deutlich ein besseres Ergebnis der einzeitig Operierten in Erscheinung. Dieses liegt daran, daß zur einzeitigen Plastik nur die günstigsten Tuberkulose-Formen im besten Lebensalter herangezogen wurden.

3. Mehrzeitige Plastik.

Gruppe	Zahl d. Fälle	verschlecht.	unveränd.	gebess.	bazillenfr.	geheilt
I.	1	—	—	—	—	1
II.	1	—	—	—	—	1
III.	2	—	1	—	—	1

Von der geringen Zahl der mehrzeitig Operierten (4) sind 3 geheilt und nur einer unverändert.

4. Spitzenplastik.

Gruppe	Zahl d. Fälle	verschlecht.	unveränd.	gebess.	bazillenfr.	geheilt
I.	2	—	—	—	—	2
II.	4	1	—	1	2	—
III.	—	—	—	—	—	—

Von den 6 nachuntersuchten Spitzenplastiken sind 4 geheilt, eine gebessert und eine verschlechtert.

Gesamtergebnis.

Gruppe	Zahl d. Fälle	verschlecht.	unveränd.	gebess.	bazillenfr.	geheilt
I.	22	—	—	2	1	19
II.	38	1	3	4	6	24
III.	15	—	4	—	1	10
	75=100%	1=1,3	7=9,3	6=8,0	8=10,7	53=70,7

Das Gesamtergebnis bei 75 kontrollierten Kranken aus den ersten 4 Jahren der Klinik in Berlin zeigt eine Zahl von 61 bazillenfreien und geheilten Patienten, das ist ein Prozentsatz von 81,4. Nimmt man die gebesserten Kranken noch hinzu, so ist also bei der Zahl von 75 nachuntersuchten Operierten eine günstige Beeinflussung von 67 Personen erreicht worden, d. h. bei 89,4 %.

Ergebnisse nach dem Geschlecht geordnet.

	Zahl d. Fälle	verschlecht.	unveränd.	gebess.	bazillenfr.	geheilt
Männer	35	—	2	5	5	23
Frauen	40	1	5	1	3	30

Interessehalber ist in einer weiteren Tabelle das Ergebnis bei Männern und Frauen getrennt aufgeführt. Von 35 Männern wurden 28 geheilt oder bazillenfrei, 5 gebessert und nur 2 blieben unverändert. Von 40 Frauen wurden 33 geheilt oder bazillenfrei, eine gebessert, 5 blieben unverändert und in einem Fall trat eine Verschlechterung ein. Das Verhältnis der günstig Beeinflußten zur Gesamtzahl der Operierten ist bei den Männern 33/35, bei den Frauen 34/40. In der Regel pflegt ja bei Frauen, die beruflich meist leichtere Arbeiten zu verrichten haben, das Heilungsergebnis besser zu sein als bei Männern. In unserem Fall ist nunmehr zufällig eine Umkehrung dieses Verhältnisses eingetreten, ohne daß dabei bei Männern und Frauen ein nennenswerter Unterschied besteht.

Ergebnisse nach der operierten Seite geordnet.

	Zahl d. Fälle	verschlecht.	unveränd.	gebess.	bazillenfr.	geheilt
rechts	38	1	5	3	4	25
links	37	—	2	3	4	28

Aehnlich liegen die Zahlen bei einem Vergleich der auf der rechten bzw. auf der linken Seite Operierten. Von 38 rechtsseitig Operierten wurden 32 günstig beeinflußt. Von 37 linksseitig Operierten sind 35 günstig ausgefallen. In der Regel sind die Ergebnisse bei linksseitig Operierten erheblich günstiger als bei rechtsseitig Operierten. Wie man sieht, ist auch bei unserer Zusammenstellung ein Ueberwiegen der günstigen Ergebnisse bei linksseitigen Plastiken festzustellen, doch ist der Unterschied nur unbedeutend.

Ergebnisse nach Jahren geordnet.

Jahre	Zahl d. Fälle	verschlecht.	unveränd.	gebess.	bazillenfr.	geheilt
5	2	—	—	—	—	2
6	21	1	2	2	3	13
7	14	—	3	1	2	8
8	15	—	—	—	1	14
9	13	—	1	2	1	9
10	9	—	1	1	1	6
11	1	—	—	—	—	1

Bei der Zusammenstellung der Ergebnisse nach der Zahl der Jahre, die seit dem Eingriff verstrichen sind, ist kein charakteristischer Unterschied nachzuweisen. Es mag begreiflich sein, daß die Ergebnisse in den einzelnen Jahren verschieden gut sind. Dies liegt aber weniger etwa an einer beeinflußbaren technischen Ursache, sondern hat seinen Grund in der Verschiedenheit der Erkrankungsformen, die in den einzelnen Jahren anfielen.

Ein Rückblick über die mitgeteilten Zahlen zeigt, daß das Gesamtergebnis der günstig beeinflußten Lungentuberkulosen beachtenswert gut ist.

Zusammenfassung und Schluß.

Verfasser hat sich in der vorliegenden Arbeit die Aufgabe gestellt, die Spätergebnisse mit plastischer Einengung behandelter lungentuberkulöser Kranker zu ermitteln, deren Operation eine Reihe von Jahren zurückliegt. Eine Anregung für die Veröffentlichung gab das Krankengut der Lungenabteilung der Chirurgischen Klinik der Charité Berlin. Um einen möglichst weit zurückliegenden Zeitraum zu erfassen, wurden die Krankengeschichten als Unterlage gewählt, die in den Jahren 1928 bis 1932 entstanden sind. Für die engere Bearbeitung sind die Kranken herangezogen worden, bei denen ent-

weder eine Nachuntersuchung durchgeführt werden konnte oder die auf einem ins einzelne gehenden Fragebogen eine ausreichende Antwort gaben.

Eine statistische Erfassung aller Operierter aus jener Zeit war nicht möglich, da ein großer Teil der Patienten nach einem so langen Zeitraum aus den verschiedensten Gründen nicht zu ermitteln waren. Es darf angenommen werden, daß trotzdem die Erhebungen in ihren Heilungsergebnissen etwa übereinstimmen mit dem Resultat bei den Kranken, von denen wir keine Nachricht mehr erhalten konnten. Die ermittelten Todesfälle wurden weggelassen, da für eine Beurteilung der Spätergebnisse die Zahl der Lebenden entscheidend ist.

Nach einer allgemeinen Einleitung über den Sinn und die geschichtliche Entwicklung der Thoracoplastik bis zu ihrem heutigen Stande und einer kritischen Wertung der Weiterentwicklung im Laufe der letzten Jahre, dient die tabellarische Zusammenfassung der hauptsächlichen Daten der von uns nachuntersuchten Patienten als Unterlage für die statistische Auswertung der Spätergebnisse. Alle Einzelheiten über Entstehung, Krankheitsverlauf, Operation, Nachbehandlung und Ergebnis der Nachuntersuchung werden nach bestimmten Gesichtspunkten geordnet eingehend mitgeteilt, um dem interessierten Leser die Möglichkeit zu geben, sich selbst ein Urteil zu bilden.

Die Ergebnisse werden in verschiedenen Tabellen kurz zusammengefaßt, um eine Uebersicht mit einem Blick zu ermöglichen. Das Gesamtergebnis ist außerordentlich günstig zu nennen, denn über 80 % der ermittelten Patienten sind heute bazillenfrei und arbeitsfähig, ein Ergebnis, das vom sozialen Standpunkt aus gesehen, außerordentlich beachtenswert ist und von neuem die Richtigkeit des eingeschlagenen Weges und der angewandten Methode beweist. Dabei ist hervorzuheben, daß ausschließlich die von Sauerbruch entwickelte paravertebrale Plastik ausgeführt wurde und die neuere Entwicklung zur Teilplastik hin bei diesen Nachuntersuchungen noch keine nennenswerte Rolle spielt. Die Mitteilung dieser Ergebnisse verdient deshalb besondere Beachtung, weil Nachuntersuchungen nach so langer Zeit bisher in der Literatur in diesem Umfange nicht erschienen sind.

Literaturverzeichnis.

Alexander, H.: Die tuberkulöse Kaverne, ihre Entstehung, Erkennung, Bedeutung und Behandlung. Tbk.-Bibliothek Nr. 51 (1933).

Alexander, J.: The Collapse Therapy of Pulmonary Tuberculosis. Bailliére, Tindall & Co., London 1937.

Aschoff, L.: Lehrbuch der Pathologischen Anatomie. Bd. 2, 8. Auflage. Leipzig 1936.

Brunner, A.: Chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. J. A. Barth, Leipzig 1924.

Brunner, A., und G. Baer: Die Chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. J. Springer, Berlin, 1926.

Brunner, A., und F. Sauerbruch: Operative Verkleinerung der Lunge. Aus: Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie von Bethe und Bergmann. Berlin 1926.

Hein-Kremer-Schmidt: Kollapstherapie der Lungentuberkulose. Georg Thieme, Leipzig, 1938.

Nissen, R.: Ueber die neuere Entwicklung der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1932.

Sauerbruch, F.: Die Chirurgie der Brustorgane. 3. Aufl. Bd. 1: Die Erkrankungen der Lunge. Unter Mitarbeit von H. Alexander, H. Chaoul und W. Felix. J. Springer, Berlin, 1930.

Sauerbruch, F., und W. Fick: Die Beeinflussung der Lungentuberkulose durch operative Brustkorbeinengung und Plombierung. (Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung, Bd. 6.)

Sauerbruch, F.: Stand und Kritik der operativen Behandlung der Bronchiektasien und der Lungentuberkulose. Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 193. J. Springer, Berlin, 1938.

Lebenslauf.

Ich, Gerda Weishaupt, wurde am 1. September 1910 als Tochter des Philologen Carl Weishaupt und seiner Ehefrau Frieda geb. Jahn zu Elberfeld geboren. Nach Absolvierung des Oberlyzeums Mittelbarmen bestand ich im März 1930 die Reifeprüfung.

Die vorklinischen Semester legte ich in Köln, Münster, Rostock ab und bestand daselbst Anfang Mai 1933 die ärztliche Vorprüfung. In den folgenden klinischen Semestern setzte ich meine medizinischen Studien an der Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin fort. Hier habe ich am 3. 11. 1936 das medizinische Staatsexamen mit dem Urteil „Gut" bestanden. Bis zu meiner Approbation im November 1937 war ich zunächst 8 Monate in der Chirurgischen Klinik der Charité Berlin, die restlichen vier Monate an der 2. Medizinischen Klinik der Charité, in der ich noch jetzt als Assistentin arbeite, tätig.

I.

I. Gruppe

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
M. E. 17 Jahre Hausangestellte 9. 1. 29	Produktive, cavernöse cirrhotisch-indurative Tbc. links. Zustand nach Pneumothorax (1927) und Phrenicusexairese (Sept. 28)	A. Z. gut Temp. normal Auswurf 80-260 ccm positiv	Plastik 7-11 25. 1. 29 Plastik 1-6 15. 2. 29 Korrekturplastik 9. 8. 29	Nach **8 Jahren 10 Mon.** Auswurf während anschließender 3jähriger Heilstättenbehandlung von 150 ccm auf 60 ccm zurückgegangen, seit 1930 bazillenfrei. A. Z. gut Temp.: normal Senkung 6/8 Bei feuchtem, neblig em Wetter Atemnot, Intercostalneuralgien. Tomographie: Durch ausgedehnte Rippenregenerate unvollständiger Kollaps der linken Lunge. Keine Restkaverne	geheilt	In der Hauswirtschaft seit 1933 100 % ig arbeitsfähig	Seit 1925 linksseitige cavernös-cirrho-Tbc. (Obergeschoß). Pneumothorax nach kurzer Zeit aufgelassen, Goldmedikation erfolglos, Sept. 1928 Prenicusexairese, danach Ansteigen des Auswurfs auf 260 ccm, bazillenhaltig. Zweizeitige Plastik erreicht keinen völligen Kavernenkollaps und benötigt Korrektur (Auswurf bis 350 ccm, neuerdings wieder tuberkulöse Symptome). Danach langsames Absinken der Sputummenge, wird Anfang 1930 bazillenfrei. Während anschließender Heilstättenbehandlung zunehmende Hebung des Allgemeinzustandes, Rückgang des Auswurfs auf 60 ccm. Seit 5 Jahren im Haushalt voll arbeisfähig. Keine Restkaverne.
F. K. 22 Jahre Monteur 6. 8. 29	Cavernös-Cirrhotische Tbc. re. Zustand nach Phrenicusexairese (Nov. 28)	A. Z. gut Auswurf 2 ccm positiv Temp. normal	Totale Plastik 1-10 12. 8. 29	Nach **8 Jahren 7 Mon.** A. Z. sehr gut. Auswurf nur morgens seit 1930 - ein ½ Jahr nach der Operation negativ. Keine Atemnot, keine Beschwerden. Senkung: 5/8 Tomographie: Kein Restkavum	geheilt	Als Apparatebauer mit 10-stündiger Arbeitszeit 100 % ig arbeitsfähig	Die Zwerchfellähmung, nach mehr als zweijährigem Bestehen der rechtsseitigen Lungentuberkulose wegen undurchführbarer Pneumothoraxbehandlung und langsamer Verschlechterung ausgeführt, ist bei dem ausgedehnten cavernösen Prozeß des rechten Oberlappens wirkungslos. Begünstigt durch den guten Allgemeinzustand kann dem Kranken eine totale Thorakoplastik in einer Sitzung zugemutet werden, die er ausgezeichnet übersteht und die eine völlige Ausheilung erzielt.
M. Sch. 25 J. Laborantin 23. 7. 30	Cirrhotisch-cavernöse Tbc. li. Zustand nach Pneumothorax (1927), Phrenicusexairese (Jan. 28) und unvollständiger Thorakoplastik (Ende 29)	A. Z. gut Auswurf 5 - 7 ccm positiv, viel elastische Fasern, zeitweise sanguinolent. Temp. normal	Korrekturplastik 2-8 Resektion der ersten Rippe	Nach **7 Jahren 7 Mon.** A. Z. sehr gut. Kein Auswurf, seit 1930 bazillenfrei. Temp.: normal Senkungsmittel: 6/5 Keine Atemnot, keine Beschwerden. Tomographie: Kein Restcavum	geheilt	Seit Jahren im Haushalt voll arbeitsfähig	Beginn der linksseitigen cavernösen Phthise 1929. 4 Monate Pneumothorax, durch steriles Exsudat — Punktionen — eingegangen. Nach Zwerchfellähmung (Jan. 1928) vermehrter positiver Auswurf mit viel elastischen Fasern. Durch Heilstätte. Goldmedikation keine Besserung. Ende 1929 Thorakoplastik außerhalb. Erfolglos durch ungenügende Einengung besonders der Spitze. Jetzt Resektion der ersten und Kürzung der zweiten bis achten Rippe. Danach Auswurf bazillenfrei, Hebung des Allgemeinzustandes, Heilung und Arbeitsfähigkeit.
M. P. 27 J. Studienratsfrau 5. 1. 32	Cavernös-cirrhotische Tbc. links. Zustand nach Pneumothorax (1924-1927)	A. Z. gut Temper. subfebril Auswurf: gering, nach Anreicherung positiv.	Plastik 6-11 9. 1. 32 Plastik 1-5 20. 1. 32	Nach **6 Jahren 2 Monaten** A. Z.: sehr gut Temperatur: normal Kein Auswurf, seit März 1932 negativ. Keine Beschwerden. Betreibt Tennis- u. Skisport. Tomographie: kein Restkavum. Senkung: 3/12	geheilt	Seit Ende 1932 als Hausfrau voll arbeitsfähig	Nach Diphtherie mit Grippe (1923) Ausbruch der linksseitigen offenen, cavernösen Phthise. Durch anschließende Kuren u. fast 6jähriger Pneumothoraxbehandlung (24—27) Wohlbefinden. Erneute Verschlechterung 1929. Pneumothorax-Versuch. Goldtherapie ohne wesentlichen Einfluß. Seit 1931 zunehmende Herabsetzung des A. Z. Zeitweilig jetzt unerträgliche anginöse, durch Verziehung des Herzens bedingt Beschwerden, die sich nach der zweizeitigen ohne Zwischenfall verlaufenden Plastik völlig verlieren. Danach auswurf- u. bazillenfrei. Heilung und volle Arbeitsfähigkeit im Haushalt.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
K. T. 37 J. Studienassessorin 13. 1. 32	Produktive, cirrhotisch-cavernöse Tbc. rechts. Zustand nach Pneumothorax (Juli 26 - Mai 31) Phrenicusexairese (Mai 29), Strangdurchtrennung (April 30) und Pneumothoraxexsudat (Mai 31)	A. Z. gut Temper. zeitweilig subfebril. Auswurf: 5-10 ccm, positiv. Senkung: 10/23	Plastik 1-8 26. 1. 32 Plastik 9-11 13. 2. 32	Nach **6 Jahren 2 Monaten** A. Z. sehr gut Temperatur: normal Kein Auswurf, seit Ende 1932 bazillenfrei. Senkung (1934): 9/22 Tomographie: Hochgradige Einengung des rechten Lungenfeldes. In den oberen Partien eine Reihe bronchiektatischer Höhlen. Kein Restkavum.	geheilt	Seit 1933 im Schuldienst 100%ig berufstätig	Nach Lungenblutung 1924 Feststellung der rechtsseitig cavernösen Spitzentuberkulose. Drei Monate später Auswurf positiv. Jetzt Kur (ein Jahr Davos) mit nur kurzfristiger Besserung. Daher anschließend 3 Jahre Pneumothorax mit scheinbarer Ausheilung. Nach Eingehenlassen (Mai 29) neuer Herd im rechten Unterlappen, der durch Zwerchfellähmung (Mai 29) unbeeinflußt bleibt. Auswurf wieder positiv, erneuter Pneumothorax (Septb. 29), der trotz Strangdurchtrenung (April 30) erfolglos bleibt und bei Auftreten eines sterilen Exsudates (Mai 31) abgebrochen wird. Zweizeitige plastische Einengung. Nach der letzten Sitzung steriles Exsudat im komprimierten Pleuraraum, das sich nach der 2. Punktion nicht mehr nachfüllt. Der bei der Entlassung noch positive 1—2 ccm betragende Auswurf wird im Verlauf der nächsten Monate bazillenfrei. Zugleich zunehmende Besserung, Heilung und volle Arbeitsfähigkeit seit 5 Jahren.
M. R. 23 J. Stud. med. dent. 9. 1. 32	Produktive, cavernös-cirrhotische Tbc. li. Zustand nach Pneumothorax (Jan. 28-Juli 28) und Phrenicusexairese (April 28)	A. Z. mäßig Auswurf: 1-2 ccm positiv. Temp. zeitweilig subfebril Senkung 21/43	Plastik 8-11 1. 2. 32 Plastik 1-7 16. 2. 32	Nach **6 Jahren 1 Monat** A. B. sehr gut geringer Auswurf morgens, seit März 1932 negativ. Temperat.: normal Senkung 3/12. Keine Atemnot. Keine Beschwerden. Tomographie: Im linken Obergeschoß einige erweiterte, von derben Strängen umgebene Bronchien. Kein Restcavum.	geheilt	Wiederaufnahme des Studiums ½ Jahr nach Operation Jetzt als Zahnärztin 100%ig berufstätig	1927 offene cavernöse Tbc. links. Durch Kur, Pneumothorax — nach 7 Monaten wegen Verwachsungen abgebrochen — und Zwerchfellähmung (April 28) Besserung. Nach Erkältung (Jan. 31) zunehmende Verschlechterung, Auswurf wieder positiv. Cavernöser Prozeß der linken Lunge fortgeschritten. Jetzt plastische Einengung der erkrankten Seite in 2 Sitzungen. Danach Gewichtsanstieg und Rückgang des bazillenfreien Auswurfs. ½ Jahr später wieder volle Arbeitsfähigkeit.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
E. K. 32 J. Ehefrau 20. 2. 27	Cavernös-cirrhotische Tbc. rechts. Zustand nach Phrenicusexairese — Jan. 27	A. Z. reduziert Temp. subfebril Auswurf: 50 ccm positiv.	Totale Plastik 1-10 20. 2. 27 Fistelspaltung 30. 8. 27 Abtragung eines nekrotischen Rippenstumpfes 13. 1. 28	Nach **10 Jahr. 9 Monaten** Endgültiger Fistelverschluß erst 1931 Kein Husten und Auswurf, seit 1927 negativ. Temperat.: normal. Bei körperlich. Anstrengung Atemnot, sonst beschwerdefr. Senkung: 4/10. Tomograph.: Kein Restkavum.	geheilt	seit 1932 in der Hauswirtschaft beschränkt arbeitsfähig	Nach Grippepneumonie mit Pleuritis Mai 1926 Ausbruch der rechtsseitigen offenen, fieberhaften, cavernösen Oberlappentuberkulose. Stürmischer Verlauf. Pneumothoraxversuch. Durch konservative Maßnahmen leidliche Erholung. Phrenicusexairese ohne Beeinflussung (Januar 27). Nach totaler plastischer Einengung zusehendst Besserung. Wird auswurf- und bazillenfrei. Durch Hautnekrose an Grenze von oberem und mittlerem Wunddrittel Fistelbildung. Fistelspaltung ohne Erfolg, da nekrotischer Rippenstumpf. Nach seiner Abtragung erst vier Jahre später Ausheilung der Fistel. Seitdem beschränkt arbeitsfähig.
K. Sch. 26 J. Werkzeugmacher 5. 10. 27	rechtsseitige offene, progrediente Spitzen- und Oberlappen-Tbc. von Mischform. Geringgradige Tbc. links. Zustand nach unvollkommenem Pneumothorax (Juli 27)	A. Z. gut Temp. zeitweilig subfebril Auswurf: gering positiv	Plastik 1-7 10. 10. 27 Plastik 8-11 18. 11. 27	Nach **10 Jahr. 6 Monaten** A. Z. sehr gut, geringer Auswurf des Morgens, seit November 1927 bazillenfrei (März 38) Temperat.: normal, gute Gewichtszunahme. Geringe Atemnot bei körperlicher Anstrengung. Zeitweilig Intercostalneuralgien. Senkung 14/34. Tomograph.: Kein Restcavum.	geheilt	Seit Jahren als Werkzeughobler 100%ig arbeitsfähig	Seit Juni 1927 doppelseitige, rechts offene Spitzen- und Oberlappen-Tbc. von Mischform. Pneumothorax (Juli 1927) unvollkommen, daher zweizeitige Plastik bei klinisch ruhiger linker Seite mit komplikationslosem postoperativem Verlauf. Nach zweiter Sitzung Rückgang des nach der oberen Plastik reichlichen und stark bazillenhaltigen Auswurfs. Wird bazillenfrei. Zunehmende Erholung, Heilung und volle Arbeitsfähigkeit als Werkzeughobler seit nahezu 10 Jahren.
A. E. 32 J. Elektrotechniker 16. 1. 28	progrediente, produktive Tbc. rechts. Steriles Pneumothorax-Exsudat (1926) Zustand nach Phrenicusexairese (Sept. 27)	A. Z. leidlich Temp. normal Auswurf 350-430 ccm serös-schleimig. Seit Zwerchfelllähmung negativ	Plastik 1-9 25. 1. 28 Ergänzungsplastik 6-11 22. 2. 28	Nach **9 Jahr. 10 Monaten** A. Z. leidlich Temperat.: normal, zeitweilig durch Erkältungsbereitschaft erhöht. Auswurf: bis 300 ccm bronchiektatisch (Nov. 37) Senkung: 10/25. Gewicht: konstant. Starke Interkostalneuralgien. Tomographie: Mäßiger Kollaps der Lunge, stark ausgedehnte Rippenregenerate. Ektasien einzeln. Bronchien. Kein Restcavum.	gebessert	Durch starke Atemnot unfähig zu körperlicher Arbeit. Seit mehreren Jahren als Gauleiter und Ratsherr ehrenamtlich tätig	Im Felde 1918 Grippe. Danach verschiedene Blutstürze, Offenwerden der rechtsseitigen Phthise. Durch Pneumothorax (Mai 1919) Auswurf negativ, Besserung und Arbeitsfähigkeit. 1926 Pneumothorax-Exsudat, hohe Temperaturen, Auswurf bis 380 ccm, wird September 27 wieder positiv. Zwerchfellähmung ohne Beeinflussung. Daher obere Plastik mit anschließender Erweiterung wegen Bildung von Rippengeneraten. Danach bazillenfrei, Auswurf jetzt noch 120 ccm. 1930 — nach mehreren Kuren — erneut Exsudat. Bis 1934 verschiedene Punktionen. Zugleich Zunahme der bazillenfreien Auswurfsmenge bis 300 ccm, die konstant bleibt. Bei starken Interkostalneuralgien, Atemnot und Erkältungsneigung, relatives Wohlbefinden und beschränkte Arbeitsfähigkeit.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
L. W. 24 J. Hausangestellte 22. 6. 28	cirrhotisch-cavernöse Tbc. rechts. Latente indurative Tbc. links. Zustand nach Pneumothorax (September 26 - März 27) und Phrenicusexairese (Novemb. 26)	A. Z. leidlich Temp. normal Auswurf 40-50 ccm positiv	Plastik 7-11 3. 7. 28 Plastik 1-6 26. 7. 28	Nach **9 Jahr. 9 Monaten** A. Z. gut Temperat.. normal. Kein Auswurf, seit Dezember 28 bazillenfrei (März 38) Senkung 10/19 Während der Wintermon. verstärkte Erkältungsbereitschaft mit zeitweiliger Bettlägerigkeit. Geringe Atemnot bei körperlicher Anstrengung. Tomographie: Unter einer dichten Spitzenschwarte eine Reihe länglicher Aufhellungen, die als Bronchiektasen angesprochen werden. Kein Restcavum.	geheilt	Ist seit 1931 als Hausfrau — bis auf schwere körperliche Arbeit — voll leistungsfähig	Mit 18 Jahren doppelseitige Tuberkulose. Seit 1926 offene, cavernös-cirrhotische Tbc. rechts. Vorübergehende Pneumothoraxbehandlung und Phrenicusexairese (Nov. 26) sind erfolglos. Schlagartige Besserung und Heilung nach zweizeitiger Thorakoplastik, die auch durch schwere grippöse Erkrankung 1930, Appendectomie 1931 und Schwangerschaftsunterbrechung 1931 nicht gestört wird.
K. L. 55 J. Schalthauswärter 22. 10. 28	Ausgedehnte proliferative, cavernöse Tbc. li.	A. Z. gut Temp. normal Auswurf 25-30 ccm positiv	Plastik 6-11 26. 10. 28 Plastik 1-5 10. 11. 28	Nach **9 Jahr. 5 Monaten** A. Z.: gut Temp.: normal. In der letzten Zeit Herzbeschwerden und vereinzelte Nachtschweiße. Auswurf: 20 ccm. seit Dez. 28 negativ. Enthält zeitweilig Blutbeimeng. Senkung 5/12. Tomograph.: Neben zahlreichen Bronchiektasen in den oberen Partien des linken Lungenfeldes fragliches Vorhandensein kleiner Restkavernen.	Besserung	von Mai 1929 bis Sept. 31 vollbeschäftigt. Dann Pensionierung. Jetzt schwere körperliche Beanspruchung durch Atemnot nicht möglich	Beginn der offenen, cavernösen, linksseitigen Phthise 1902 mit Lungenspitzenkatarrh und Pleuritis. Nach Heilstätte bis 1919 arbeitsfähig. Seit 1926 bazillenhaltiger Auswurf. Bis Mai 1928 dauernder Wechsel zwischen Kuren und Berufstätigkeit, wenig Symptome. Mai 28 Verschlechterung. Bei Aufnahme ausgedehntes Kavernensystem im linken Oberlappen. Nach zweizeitiger Plastik bazillenfrei, Hebung des Allgemeinzustandes. Nach anschließender Heilstätte bis September 1931 voll arbeitsfähig. Dann Pensionierung. In letzter Zeit Allgemeinbefinden durch Herzbeschwerden und Atemnot beeinträchtigt. Fragliche Restkaverne im linken Obergeschoß bei 20 ccm negativem Auswurf, normaler Temperatur, aber vereinzelt Nachtschweißen. Senkung normal.
M. P. 24 J. Sekretärin 2. 1. 29	offene, progrediente cavernös-cirrhotische Tbc. re. Zustand nach unterer Teilplastik 5-11 (September 1923)	A. Z. gut Temp. normal Auswurf: gering, seit August 1927 wieder stark Bazillen und reichlich elastische Fasern enthaltend	Phrenicusexairese 8. 1. 29 Korrektur-Plastik 5-11 15. 1. 29 Plastik 1-4 2. 2. 29	Nach **9 Jahren 1 Monat** A. Z. sehr gut, kein Auswurf, seit Juni 29 negativ. Temp.: normal. Senkung 11/24 außer gering. Kurzatmigkeit keine Beschwerden. Keine Erkältungsneigung. Tomographie: Im Plastik-Gebiet starke Verdichtungen, jedoch kein Restkavum nachzuweisen.	geheilt	seit 1930 100%ig berufstätig	Bei der seit 1920 bestehenden und zu Blutungen neigenden rechtsseitigen cavernösen Lungen-Tbc. genügt die untere Teilplastik (1923) nicht, den auch im Oberfeld sich abspielenden cavernös-cirrhotischen Prozeß zum Stillstand zu bringen. Erst nach totaler operativer Einengung mit vorausgeschickter Zwerchfellähmung ist der Kollaps der erkrankten Seite ein genügender, um eine völlige Heilung und Arbeitsfähigkeit zu garantieren.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
F. W. 19 J. Tapezierer 8. 10. 28	Productive, cavernöse Tbc. rechts. Latente, indurative Tbc. links.	A. Z. gut Temp. subfebril Auswurf 20-30 ccm positiv	Plastik 1-6 12. 10. 28 Perthes' sche Drainage 23. 10. 28 Plastik 7-11 3. 12. 28	Nach **9 Jahr. 4 Monaten** Durch intrapleurale Plastik Jan. 30 — außerhalb gemacht — Resthöhle nicht beseitigt. Noch heute gering sezernierende Fistel. A. Z. gut. Auswurf negativ, bei Erkältungen wechselnd positiv. Temp.: normal. Tomograph.: Hochgradigste Einengung der rechten Seite. Paravertebral ein schmaler Spalt, der sich nach oben auf gut Querfingerbreite verbreitert. Kein Restcavum.	Besserung	Verrichtet seit 1935 alle Büroarbeiten im väterlichen Geschäft	Zwei Monate vor Klinikaufnahme Erkältung mit 20—30 ccm positivem Auswurf, subfebrilen Temperaturen. Röntgenologisch pflaumengroßes Cavum im rechten Obergeschoß, produktive Tuberkulose des rechten Ober- und Mittellappens, sowie latenter, indurativer Tbc. der linken Lunge. Bei vorgenommener Plombierung Einreißen der Pleura an einer zarten Stelle, deshalb Plombenentfernung und anschließend obere Plastik. Nachfolgend starke Reaktion in Puls und Temperatur, 4 Tage später Exsudat. Durch Punktionen keine Entfieberung — Perthes'sche Drainage. Danach allmählich Temperaturabfall. Untere Plastik wird gut überstanden, linke Seite bleibt ruhig. Mit Resthöhle in Heilstätte entlassen, dort keine Befundänderung. 11 Monate später intrapleurale Plastik, gering sezernierende Fistel bleibt bestehen. Trotzdem zunehmend Besserung des Allgemeinbefindens. Temperaturen immer normal, Auswurf bei Erkältungen wechselnd bazillenhaltig. Seit 1935 arbeitsfähig im elterlichen Geschäft. Restkaverne jetzt nicht nachzuweisen.
M. M. 28 J. Köchin 4. 7. 29	Indurative, cirrhotisch-cavernöse Tbc. li. Zustand nach Pneumothorax (Juli 1928)	A. Z. schlecht Temp. normal Auswurf 50 ccm positiv, viel elastische Fasern	Plastik 6-11 6. 7. 27 Plastik 1-5 31. 7. 29	Nach **8 Jahr. 10 Monaten** A. B. gut Temp.: normal keinen Auswurf seit 1930 bazillenfrei. Keine Beschwerden. Keine Atemnot. Betreibt leichten Sport, fährt Rad. Senkung 9/22. Tomograph.: Kein Restkavum.	geheilt	In der Landwirtschaft und im Haushalt voll berufstättg	1927 schleichender Beginn der offenen, cirrhotisch-cavernösen Phthise des linken Oberlappens. Pneumothorax (Juli 28) mit Erfolg. Durch Scharlach (Mai 29) rapide Verschlechterung. Erneuter Pneumothorax. Danach fieberfrei, Rückgang des positiven Auswurfs auf 50 ccm. Jetzt zweizeitige Plastik mit normalem postoperativem Verlauf. Kaverne bei der Entlassung nicht mehr nachzuweisen. Während anschließender Kur bazillenfrei, Auswurf verschwindet. Seit Jahren Heilung und völlige Arbeitsfähigkeit.
H. D. 24 J. Kaufmann 7. 9. 29	Produktive, cavernös-cirrhotische Tbc. re.	A. Z. gut Auswurf gering positiv Temp. normal	Plastik 7-11 23. 10. 29 Plastik 1-6 3. 12. 29	Nach **8 Jahr. 7 Monaten** A.B. sehr gut. Kein Auswurf, seit Dez. 29 bazillenfrei. Temp. norm., keine Beschwerd., keine Atemnot. Inzwisch. 16 kg Gewichtszunahme. Schwimmt, treibt leicht. Sport. Tomographie: Kein Restkavum.	geheilt	Seit Aug. 1930 als Kaufmann 100%ig berufstätig	Anfang 1928 Ausbruch der rechtsseitigen Lungen-Tuberkulose. Sept. 1928 positiver Auswurf, Kaverne im rechten Infraclaviculafeld. Nach Haemoptoe Nov. 28 Pneumothoraxversuch. Keine wesentliche Zustandsänderung bis September 1929. Nach unterer plastischer Einengung durch Aspiration deutliche produktive Tbc. des linken unteren Mittelfeldes, Pleuritis. Zweiter operativer Eingriff gut überstanden. Linke Seite bleibt klinisch ruhig heilt aus. Bei Entlassung fieber-, auswurf- und bazillenfrei. Völlige Wiederherstellung während anschließender Kur. 8 Monate später schon berufstätig.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
D. L. 19 J. Stenotypistin 12. 8. 31	Fibrös-cavernöse Phthise des rechten Oberlappens	A. Z. gut Auswurf 1-2 ccm positiv. Temp. subfebril Senkung 46/81	Pneumothorax 14. 8. 31 Pneumolyse Spitzenplastik 1-2 2. 5. 32	Nach 7 Jahren Pneumothorax ½ J. nach der Operation aufgelassen. Seit Abort Anfang 1937 allgem. Schwäche Septemb./Dez. 1937 schlechtes A.B. bei konstant. Gewicht. Zeitweilig erhöhte Temperaturen, vereinzelte Nachtschw. Keinen Husten und Auswurf. A. B. gut. Temp.: subf bril. Auswurf: bazillenfr. (seit Mai 1932) Senkung: 16/38. Tomogr.: In cirrhotischer Umgebung pflaumengr. Cavum rechts infraklavicular. Keine Verbindung zu Bronchus. Linke Lunge: o. B.	ungeheilt	Als Hausfrau (Heirat 1934) bis 1936 beschränkt arbeitsfähig	Seit Frühjahr 1931 schlechtes Befinden. Ende Juli 31 etwas gelblicher Auswurf, wird Anfang August positiv, subfebrile Temperaturen. Jetzt fibröse-cavernöse Tbc. des rechten Oberlappens. Pneumothorax — 14. 8. 31 — ohne Aenderung des Allgemeinzustandes. Ende Oktober 1931 Temperaturen zwischen 38 bis 39 Grad, steriles Exsudat. Pneumothorax trotzdem weiter, danach Auswurf vorübergehend bis Februar 32 negativ. Röntgenologisch Cavum durch Verwachsungen offengehalten bei bestehendem Erguß. Zehnpfennigstückgroßer Konglomerat-Tuberkel in Höhe der 3. Rippe links. Beabsichtigte Strangdurchtrennung durch breite und flächenhafte Ausdehnung des einen der beiden paravertebral gelegenen Stränge nicht möglich. Statt dessen Pneumolyse mit Resektion der 1. und 2. Rippe. Nach zehn Tagen auch intrapleurales Exsudat. Punktion, da Durchbruchgefahr. Danach auch Abfall des extrapleuralen Ergusses. Auswurf wird negativ, gute Allgemeinerholung. Linke Seite ausgeheilt. Wohlbefinden bis Anfang 1937. Seitdem subfebrile Temperaturen bei geringem bazillenfreiem Auswurf. Röntgenologisch jetzt pflaumengroße Kaverne im rechten Infraclavikulargebiet.
F. M. 33 J. Beamtenfrau 17. 3. 31	Offene fieberhafte, fibröse, cavernöse, stark schrumpfende Tbc. rechts. Alte indurative Tbc. li. Zustand nach Pneumothorax (1925-1927) und Phrenicusexairese (1927)	A. Z. leidlich Temp. um 37,9° Auswurf 50-60 ccm positiv	Plastik 1-8 23. 3. 31 Plastik 9-11 5. 6. 31	Nach **6 Jahr. 10 Monaten** A. Z. gut, subjektive Besserung, Gewicht konstant, Auswurf 10 bis 20 ccm. März 37 positiv, jetzt (Febr. 38) negativ. Temperat. normal, durch Erkältungsneigung zeitweilig erhöht, vereinzelt Nachtschweiße, geringe Atemnot. Senkung 19/46. Tomographie: erhebl. Schrumpfung der Oberlappenkaverne rechts gegenüber früher. Jetzt noch etwa von Taubeneigröße. Im linken Oberfeld kirschgroße, feinumrandete Aufhellung, zu der vom linken Hilus aus ziemlich starke peribronchitische Strangbildungen führen.	ungeheilt	Als Hausfrau beschränkt arbeitsfähig	Im Anschluß an Partus 1925 doppelseitige, rechts offene, ausgedehnte Tbc. des Oberfeldes festgestellt. Zweijähriger Pneumothorax (1925 bis 1927) ohne Erfolg. Keine wesentliche Besserung durch Phrenicusexairese (1927) und mehrfache gewissenhafte Heilstättenkuren. Ende 1930 Vergrößerung des rechtsseitigen Kavernensystems, zunehmende Verschlechterung. Jetzt zweizeitige Plastik, wird komplikationslos überstanden. Linke Seite bleibt ruhig. Bei Entlassung — Auswurf 10 ccm positiv — trotz gutem Lungenkollaps noch Restcavum in Höhe der rechten Clavikel, nahe Mediastinum, heilt trotz ausgezeichneter Schrumpfungstendenz nicht aus. Bei Nachuntersuchung auch kirschgroße Kaverne im linken Oberfeld. Auswurf 10 bis 20 ccm, wechselnd positiv. Nur beschränkte Arbeitsfähigkeit als Hausfrau.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
M. D. 19 J. Kontoristin 2. 2. 31	Cirrhotisch cavernöse Tbc. rechts mit ausgedehnten Spitzenadhaesionen. Zustand nach Pneumothorax (Okt. 29 — Jan. 31) und Phrenicusexairese (Juli 31)	A. Z. gut Temp. subfebril Auswurf 5-10 ccm positiv Senkung 31/59	Obere Plastik 2-9 11. 2. 31 Resektion der 1. Rippe 24. 3. 31 Korrekturplastik 1-6 14. 3. 32	Nach **6 Jahr. 9 Monaten** A. Z. gut, subjektiv gebessert, Ausw. 10—20 ccm, immer positiv. Temper. normal. Keine Nachtschw., keine Gewichtsabnahme. Erkältungsneigung, Atemnot. Senkung: 80/120 Tomographie: Kein Restcavum nachweisbar, jedoch ausgedehnter aktiver Prozeß des recht. Unterlappens	ungeheilt	Seit 1933 im Haushalt beschränkt arbeitsfähig	Trotz dauernder Kuren und Pneumothoraxbehandlung keine Besserung der seit 1927 rechts offenen, cavernösen Oberlappen-Phthise. Nach Eingehenlassen des Pneumothorax wegen ausgedehnten Spitzenadhaesionen obere Plastik 2—9 mit nachfolgender Resektion der 1. Rippe. Kollaps unvollkommen, Auswurf weiter positiv. Keine Aenderung durch Zwerchfellähmung — außerhalb Juni 1931 —. Bei erneuter Aufnahme fibröse, produktive Tbc. der linken Seite. Kollaps durch knöchernen Anschluß der 1. Rippe verhindert. Nach Korrekturplastik 1—6 Kaverne nicht mehr nachweisbar. Linke Seite 5 Monate später ausgeheilt. Auswurf bleibt positiv, erfährt keine Aenderung in anschließender Heilstätte. Allgemeinbefinden gleichbleibend gut. Bei Nachuntersuchung ausgedehnter aktiver Prozeß des rechten Unterlappens. Keine Restkaverne. Seit 1933 im Haushalt beschränkt arbeitsfähig.
H. P. 26 J. Verwaltungsangestellter 20. 4. 31	Indurative, cavernöse Tbc. links Unvollkommener Pneumothorax. Indurative, cavernös-produktive Tbc. des rechten Obergeschosses. Zustand nach Pneumothorax (Nov. 28 bis Febr. 31) und Strangdurchtrennung (März 31)	A. Z. leidlich Temp. zeitweilig subfebril Auswurf 20-80 ccm Seit Aug. 29 negativ Senkung 22/46	Plastik 1-9 7. 5. 31	Nach **6 Jahr. 8 Monaten** A. Z. gut Temp. normal Auswurf bis 5 ccm immer negativ. Senkung 10/24 20 kg Gewictszunahme, geringe Kurzatmigkeit beim Treppensteigen. Zeitweise Intercostalneuralgien. Tomographie: Kein Restcavum, rechte Lunge: o. B.	geheilt	Seit 1932 als Büroangestellter 100%ig berufstätig	Durch Haemoptoe (April 1928) Feststellung der doppelseitigen, vorwiegend links offenen, cavernösen Oberlappen-Tbc. Pneumothorax nach vier Monaten aufgelassen durch steriles Exsudat (Febr. 1929). Auswurf jetzt Koch negativ. Pneumothorax von August 1929—Februar 1931. Trotzdem arbeitsunfähig. Kaverne durch Verwachsungen offengehalten. Strangdurchtrennung (März 1931) ohne Erfolg. Nach oberer Plastik schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, Auswurf bleibt negativ, rechte Seite heilt aus. Heilung und volle Arbeitsfähigkeit seit 1932.
H. K. 30 J. Regierungs-Sekretär 16. 10. 32	Fibröse, cavernöse Tbc. li. Geringe produktive Tbc. der rechten Spitze	A. Z. sehr gut Temp. bis 37,9° Auswurf 10-20 ccm positiv, enthält dauernd Blutbeimengungen. Senkung 10/26	Plastik 1-9 21. 10. 32 Korrektur-Plastik 6. 12. 32	Nach **6 Jahren 1 Monat** A. Z. sehr gut. Temp. normal kein Auswurf, seit 1933 negativ. Senkung 2/6. KeineBeschwerden. Tomographie. Kein Restcavum.	geheilt	Seit 1933 als Regierungsinspektor 100%ig arbeitsfähig	Von 1922 bis 1931 gutartiger Verlauf der doppelseitigen, links cavernösen Oberlappen-Phthise. Nach Haemoptoe 1931 vergeblicher Pneumothorax-Versuch. Bei in Aussicht genommener Zwerchfellähmung wird Nerv nicht aufgefunden. Weiterhin Zunahme des jetzt positiven und immer etwas blutigen Auswurfs. Temperaturen erhöht. Bei recht gutem Allgemeinzustand obere Plastik. Kollaps jedoch ungenügend, Steigerung des positiven Auswurfs auf 30—50 ccm. Unterstützende Pneumothoraxbehandlung nicht durchführbar, daher Korrekturplastik. Danach Aspirations-Pneumonie und Retension. Bei Entlassung Restcavum noch mandelgroß, nach anschließender Kur nicht mehr nachweisbar, Rückgang des Auswurfs, bazillenfrei. Damit Heilung und Wiederaufnahme des Berufes mit voller Arbeitsfähigkeit.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
K. W. 40 J. Ingenieur 31. 10. 31	Cirrhotisch-cavernöse Tbc. rechts. Geringgradige fibröse, produktive Tbc. links.	A. Z. leidlich Auswurf 1-3 ccm positiv Temp. normal	Plastik 1-8 5. 11. 31	Nach **6 Jahren** Im letzten halben Jahr 15 kg Gewichtsabnahme, Appetitlosigkeit (seit Jahren Ulcus duod, 1932 und 35 Ulcus-Kuren). Weiter jetzt durch Diät wesentliche Besserung und erhebliche Gewichtszunahme. Auswurf 1—2 ccm, positiv Temp.: normal Senkung 16/36. Tomograph.: rechte Seite stark eingeengt. In der Spitze noch über pflaumengroße Restkaverne.	ungeheilt	Bis 1937 beschränkt berufstätig	1918 Kaverne in der rechten Spitze. Nach dreijähriger Heilstättenbehandlung gebessert und bis 1931 arbeitsfähig. Dann rapider Verfall, Kaverne jetzt eigroß, linke Seite angegriffen. Nach oberer Plastik noch mandelgroßes Restcavum. Entlassung in Heilstätte in gebessertem Zustand. Hier recht gute Erholung. Da seit Jahren ulcuskrank, 1932 und 1935 Kuren. Bis 1937 keine wesentlichen Erscheinungen von seiten der Lungen. Auswurf gering, wechselnd positiv. Anfang 1937 rapider Kräfteverfall, Ansteigen des bazillenhaltigen Sputums bei normalen Temperaturen. Röntgenologisch über pflaumengroßes Restcavum in der rechten Spitze nahe Mediastinum, linke Lunge o. B. Durch Diät erhebliche Besserung des Allgemeinzustandes und reichliche Gewichtszunahme. Danach wird wegen der ungünstigen Lage der Kaverne, die eine Besserung durch nochmalige Operation in Frage stellt, vorläufig von einer Korrektur Abstand genommen.
O. L. 39 J. Ehefrau 21. 10. 32	Fibrös-cavernöse Tbc. des rechten Oberlappens. Alte abgeheilte Tbc. links. Zustand nach Pneumothorax (Sept. 30)	A. Z. gut Temp. subfebril Auswurf 1 ccm positiv Senkung: 31/54	Spitzenplastik 1-5 27 10. 32	Nach **5 Jahr. 11 Monaten** Seit Operation 1932 bis Dez. 37 Auswurf immer negativ, jetzt positiv. Juli 1937 rechtseitige Rippenfellentzünd., wahrscheinlich als Ausdruck einer Neuherdbildung im rechten Untergeschoß. Frisch. Prozeß mit Einschmelzung auch im linken Obergeschoß. Im rechten Oberlappen Restcavum. Verdacht auf Darm-Tbc. Febrile Temperaturen und 20 kg Gewichtsabnahme.	Verschlechterung	Bis 1937 als Hausfrau arbeitsfähig	Nach Grippe Lungenblutung und positiver Auswurf (April 1930). Durch Kuren und Pneumothoraxbehandlung vorübergehend bazillenfrei. Erneute Verschlechterung durch Bronchitis (Mai 1932). Jetzt ausgedehntes Kavernensystem des rechten Spitzenfeldes. Spitzenplastik, sehr guter Kollaps der Lunge. Kavernen bei der Entlassung nicht mehr nachweisbar, Auswurf- und bazillenfrei, Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit bis Juli 1937. Jetzt durch rechtsseitige Rippenfellentzündung rapide Verschlechterung, Auswurf Ende Dezember 1937 positiv, deutliches Restcavum im rechten Oberfeld, frische Prozesse im rechten Unter- und linken Obergeschoß. Darm-Tbc. Prognose infaust.
F. M. 33 J. Ehefrau 26. 5. 32	Produktive, cavernöse Tbc. rechts. Latente, indurative Tbc. links.	A. Z. gut Temp. subfebril Auswurf 1-2 ccm positiv Senkung 10/32	Obere Plastik 1-7 3. 6. 32	Nach **5 Jahren 9 Mon.** A. Z. sehr gut. Temp. normal kein Auswurf, seit Juli 32 bazillenfr. Senkung 3/15 Keine Beschwerd. GeringeErkältungsneigung. Tomograph.: Ausgedehnte grobfleck. Zeichnung im Plastikbereich bei starker Einengung des Lungenfeldes in den oberen Partien. Kein Rest-	geheilt	Seit Ende 1932 als Hausfrau voll arbeitsfähig	1929 Heiserkeit bei Wohlbefinden. 1931 nach Partus stürmische Erscheinungen. April 1932 Kaverne im rechten Oberlappen, Auswurf jetzt positiv. Pneumothoraxversuch. Nach Besserung durch Liegekur obere plastische Einengung. Danach bazillenfrei, zusehendst Besserung, Heilung und volle Arbeitsfähigkeit als Hausfrau.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
J. Pf. 25 J. Ehefrau 4. 4 32	Produktive Tbc. beiderseits mit hühnereigroßer Kaverne im linken Oberfeld. Zustand nach Phrenicusexairese (1510. 31)	A. Z. gut Temp. subfebril Auswurf 2 ccm positiv Senkung 53/77	Spitzenplastik 1-5 11. 4. 32	Nach **5 Jahr. 7 Monaten** A. Z. gut Temp. normal Auswurf 2—3 ccm positiv Senkung: 14/36 Gewicht konstant. Bis auf Atemnot bei Steigung keine Beschwerden. Tomographie: Kein Restcavum nachweisbar.	gebessert	¼ Jahr nach Entlassung Aufnahme der häuslichen Arbeit. Seit Febr. 37 als photograph Laborantin 100%ig berufstätig	Dezember 1930, nach Lungenblutung, doppelseitige links-cavernöse Oberlappen-Tbc. festgestellt. 8 Monate später Auswurf positiv, rechte Seite angegriffen. Da keine Bindegewebsentwicklung, von Einlegung einer Paraffin-Plombe Abstand genommen. Statt dessen Phrenicusexairese — Oktober 1931 —. Kaverne dadurch nicht beeinflußt. Nach Spitzenplastik Cavum deutlich komprimiert, Beruhigung der rechten Seite, trotzdem keine Ausheilung. Aber allgemeine Besserung und volle Arbeitsfähigkeit seit mehr als 5 Jahren.
K. Sch. 24 J. stud. pharm. 14. 4. 32	Cavernöse Tbc. rechts. Zustand nach unvollständigem Pneumothorax und sterilem Pneumothorax-Exsudat rechts	A. Z. schlecht Temp. bis 38,5° Auswurf 1-2 ccm positiv Senkung 91/114	Plastik 1-7 20. 4. 32 Plastik 8-10 9. 5. 32	Nach **5 Jahr. 7 Monaten** A. Z. gut Temp. normal kein Auswurf, kurze Zeit nach Entlassung negativ Senkung: 2/4 Tomographie: Kein Restcavum. Bis Winter 1934 verstärkte Erkaltungsneig., damals nochmals Auftreten eines rechtsseitigen sterilen Exsudates mit Temperaturen bis 38,5°. Nach zweimaliger Punktion und Kalzium - Medikation Resorption.	geheilt	Seit Nov. 32 als Apotheker 100%ig arbeitsfähig	August 1931 exsudative Pleuritis rechts, kirschgroße Kaverne mit Aussaat im rechten Ober- und Mittellappen. Durch Pneumothorax vorübergehend Besserung. Dez. 1931 steriles Pneumothorax-Exsudat, Auswurf jetzt positiv. Bei Punktionen und Pneumothoraxbehandlung Verschlechterung, daher zweizeitige Plastik, wird ohne starke Allgemeinresektion bei primärer Wundheilung überstanden. Eine Woche nach der 2. Sitzung Ansteigen des Ergusses. Durch Punktionen und Absaugen von Luft Vervollständigung des Kollapses. 6 Wochen später Entlassung in ambulante Behandlung in wesentlich gebessertem Allgemeinzustand. November 1932 wieder voll arbeitsfähig und beschwerdefrei. Erneute Exsudatbildung Winter 1934 ohne Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Seitdem immer gesund und voll leistungsfähig als Apotheker.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
L. S. 23 J. Buchhalterin 28. 1. 29	Produktive, cirrhotisch-cavernöse Tbc. rechts. Produktive, cirrhotische Tbc. links Zustand nach Plombe rechts (16. 5. 28) Kehlkopf-Tbc.	A. Z. leidlich Auswurf 60-100 ccm stark bazillenhaltig Temp. subfebril	Plastik 6-10 9. 2. 29 Plastik 1-5 8. 3. 29 Plombenentfernung 30. 3. 29 Fistelbeseitigung 23. 10. 29	Nach **8 Jahren 9 Monaten** Fistelverschluß 5 Monate nach der Operation. Arbeitsfähigkeit bis 1933. Nach mehrmonatiger Arbeitslosigkeit Oktober 33 positiver Auswurf, Gewichtsabnahme, Temperaturerhöhung. Korrekturplastik außerhalb abgelehnt, statt dessen Heilstätte. Seit Mai 34 dauernd bazillenfrei. Auswurf nur morgens, A.B. sehr gut, Temp. normal, Senkung 6/18, im Herbst anfällig für Erkältungen, sonst keine Beschwerden. Tomographie: kein Restcavum. Linke Lunge o. B.	wahrscheinlich ausgeheilt	Seit Febr. 36 als Stenotypistin 100%ig berufstätig	1926 doppelseitige rechtskavernöse Tbc. des Obergeschosses. Pneumothorax undurchführbar. Jetzt Versuch schonendster Einengung durch Paraffinplombe. Da kein Erfolg, zweiseitige Plastik. Nach der 2. Sitzung vereitert Plombenbett, Plombe wird entfernt. Beseitigung der Restfistel innerhalb der nächsten Monate; seither klinische Besserung, Auswurf negativ. Nach mehrmonatiger Arbeitslosigkeit (1933) vorübergehend positiv. Seit 1936 100-prozentig arbeitsfähig als Stenotypistin.
J. S. 22 J. Ehefrau 8. 3. 30	Exsudative, produktiv-cirrhotische, cavernöse Tbc. links Inaktive Spitzentuberkulose rechts	A. Z. mäßig Temp. subfebril Auswurf 10-20 ccm enthält massenhaft Bazillen Senkung 38/88	Phrenicusexairese 23. 7. 30 Plastik 7-11 15. 8. 30 Plastik 1-6 10. 9. 30	Nach **7 Jahren 8 Monaten** A. Z. sehr gut. Kein Auswurf, seit Phrenicusexairese negativ. Temp. normal. Senkung: 6/16. Keine Beschwerden. Tomographie: kein Restcavum.	geheilt	Seit 3 Jahren im Haushalt voll arbeitsfähig	Nach verschlepptem Abort 1929 — vier Monate Blutungen — Ausbruch der doppelseitigen, rechts offenen, cavernösen Oberlappen-Phthise mit exsudativer Pleuritis und hohen Temperaturen. Kuraufenthalt ohne wesentliche Besserung. Nach Phrenicusexairese Absinken des jetzt bazillenfreien Auswurfs, Gewichtszunahme. Beide Sitzungen der zweiseitigen Plastik werden gut überstanden. Anschließend rasche Erholung und völlige Heilung. 100prozentige Arbeitsfähigkeit als Hausfrau seit 3 Jahren.
M. Sch. 21 J. ohne Beruf 30. 7. 30	Cavernös-cirrhotische Tbc. links Indurative, exsudativ-produktive Tbc. rechts. Zustand nach Pneumothorax (1924-1926) Phrenicusexairese (Dez. 27) Plombe (Juli 28) und Ersatzplombe (Nov. 29)	A. Z. leidlich Temp. bis 37,8° Auswurf 10-20 ccm positiv Senkung 30/53	Obere Plastik 1-9 mit Plombenentfernung 15. 12. 30	Nach **7 Jahr. 3 Monaten.** A. Z. gut. Kein Auswurf, seit Febr. 31 negativ. Temperatur normal. Senkung: 7/26. Keine Atemnot beim Treppensteigen. Tomographie: Kein Restcavum.	geheilt	Seit 5 Jahren im Haushalt voll arbeitsfähig	1923 zuerst gutartig verlaufende, offene, cavernös-cirrhotische Tuberkulose links. Pneumothorax (Sommer 1924) mit vorübergehender steriler Exsudatbildung (Aug. 1924). Nach Goldmedikation (Mai 1926) Reaktion mit Temperaturen bis 40°. Ende 1926 Pneumothorax eingegangen wegen zu geringer Füllungsmöglichkeit. Nach doppelseitiger Pneumonie (Jan. 1927) Lungenblutung. In Heilstätte Phrenicusexairese (Dez. 1927) ohne Erfolg. Juli 1928 Paraffin-Plombe mit anfänglich guter Wirkung. Winter 1927/1928 Restkaverne. Rechte Seite jetzt angegriffen. Nach Ersatzplombe (Novbr. 1929) und salzfreier Ernährung gute Gewichtszunahme, Auswurf bleibt positiv, steigt bald wieder auf 40 ccm an. Frische Infiltrationen der rechten Seite bei starken Schrumpfungsvorgängen links. Nach erneuter Klinikaufnahme Besserung des exsudativen, infiltrativen Prozesses des rechten Mittelfeldes und auch der übrigen produktiven Tuberkulose rechts durch Diät. Jetzt obere Plastik mit anfänglich bedrohlichen Zuständen durch paradoxe Atmung, galliges Erbrechen, Cyanose. Danach schnelle Erholung. Entlassung mit bazillenfreiem Auswurf — 1 bis 2 ccm — in befriedigendem Gesamtzustand. Heilung. Seit fünf Jahren im Haushalt voll arbeitsfähig.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
E. T. 26 J. Kaufmann 4. 5. 31	Ausgedehnte, vorwiegend linksseitige indurative, produktive, cavernöse Tbc. Zustand nach Phrenicusexairese (Sept. 28)	A. Z. leidlich Temp. zeitweilig subfebril Auswurf 40 ccm positiv	Obere Plastik 1-8 12. 5. 31	Nach **6 Jahren 11 Mon.** Hat noch verschiedene Heilstättenkuren durchgemacht, zuletzt 1936 1 Jahr Davos. Subjektiv wesentliche Besserung gegenüber früher. A. Z. gut. Auswurf nur bei Erkältungen, dabei stets hohe Temperaturen, bis 1936 wechselnd positiv, seitdem negativ. Ganz vereinzelt Nachtschweiß. Gewicht konstant. Senkung: 6/10. Tomographie: Im linken Obergeschoß, ziemlich weit medial, schmales Restkavum.	gebessert	Seit 1933 75%ig arbeitsfähig als Buchhalter	1918 „Lungenspitzenkatarrh" links, wird nach drei Jahren offen. Bis 1928 Heilstättenkuren und ganz beschränkte Arbeitsfähigkeit. Dann offene, cavernöse Tuberkulose beider Ober- und Mittelgeschosse. In Heilstätte mehrfache Pneumothoraxversuche und Phrenicusexairese (Septbr. 1928) links. Rechte Lunge hier ziemlich ruhig gestellt und tragfähig, so daß obere Plastik ausgeführt werden kann. Danach Rückgang der Sputmenge, die nur auf Anreicherung noch positiv ist. Im Laufe der Jahre weiter Erholung unterstützt durch mehrfache Kuren. Auswurf bis 1936 wechselnd positiv, seitdem bazillenfrei. Bei der Nachuntersuchung Restkaverne auf der operierten Seite. — Seit 1933 als Buchhalter beschränkt arbeitsfähig.
B. P. 19 J. Metallschleifer 18. 5. 31	Cavernöse, exsudative, proliferative Tbc. rechts. Zustand nach Pneumothorax (Dez. 30 – März 31)	A. Z. schlecht 15 kg Gewichtsabnahme im letzten halben Jahr Auswurf 20-60 ccm positiv, jetzt durch Sanguis um 100 ccm Temp. bis 39,3° Senkung 69/100	Phrenicusexairese 11. 6. 32 Plastik 1-8 24. 6. 31	Nach **6 Jahren 7 Mon.** A. Z. sehr gut. Kein Auswurf, seit Sept. 31 negativ. Temperatur normal. Senkung: 7/9. Keine Beschwerden, schwimmt, treibt Sport. Trägt bis 150 Pfd. auf der operierten Seite. Tomographie: Keine Restcaverne.	geheilt	Durch Arbeitslosigkeit erst seit 1935 als Hilfstischler 100%ig berufstätig	Oktober 1930 Ausbruch der stürmisch verlaufenden, rechtsseitigen exsudativen, cavernösen Oberlappen-Phtise. Nach Haemoptoe — Dezbr. 30 — vier Monate Pneumothorax ohne Besserung. Einweisung zur operativen Behandlung nach dreitägiger Lungenblutung mit hohen Temperaturen, die noch weitere elf Tage nach Klinikaufnahme anhält. Pneumothorax nicht durchführbar, Phrenicusexairese. Danach Entfieberung, Rückgang des Auswurfs auf 20 ccm. Obere Plastik wird ohne besondere Reaktion überstanden. Vier Wochen später — nach primärer Wundheilung — erneute, 7 Tage anhaltende, starke Haemoptoe. Anschließend ganz allmählich Erholung. Auswurf bei der Entlassung 0—1 ccm, bazillenfrei. Seitdem geheilt. Als Tischler bei anstrengender körperlicher Tätigkeit seit drei Jahren völlig berufsfähig.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
J. H. 22 J. Schneiderin 2. 6. 31	Cavernös-cirrhotische Tbc. rechts mit Seropneumothorax. Fibröse Tbc. der linken Spitze. Zustand nach Pneumothorax (Okt. 27—April 29) Pneumothoraxexsudat (Okt. 27). Phrenicusexairese (Juli 30)	A. Z. leidlich Auswurf 10—20 ccm positiv Temp. subfebril Senkung 32/64	Obere Plastik 1-8 8. 6. 31 Bülau-Heberdrainage 14. 9. 31	Nach **6 Jahren 5 Mon.** Resthöhlenbeseitigung Okt. 1932 außerhalb. Fistel erst Anfang 1934 geschlossen. Anschließend starke Gewichtszunahme, Auswurf verschwindet, wird negativ. Nach Grippe 1936 10 ccm positiven Auswurf. Dez. 37 negativ. Normale Temperatur. Keine Nachtschweiße. Gewicht konstant. Senkung: 25/52. Tomographie: Fast pflaumengroße Restcaverne dicht unterhalb der Clavikel. Im linken Mittelfeld etwa pflaumengroße Caverne, in Höhe des 6. hinteren Intercostalraumes eine etwa kirschgroße, in gleicher Höhe mehr lateral und vorne gelegen weitere kleinere, rundliche Aufhellungen in der linken Lungenspitze.	ungeheilt	Seit 1933 beschränkt im Haushalt tätig	Seit 1927 doppelseitige, rechts offene, ausgedehnte, cavernöse Spitzen-Tuberkulose. Pneumothorax (Oktbr. 1927) trotz Exsudat bis April 1929 unterhalten. Dann aufgelassen, da angeblich Heilung. Herbst 1929 wieder positiv. Zwerchfellähmung (Juli 1930) ohne Beeinflussung. Nach oberer Plastik postoperative Aspirationspneumonie im linken Unterlappen, septische Temperaturen, Erguß in der operierten Seite. Wiederholte Punktionen ergeben Staphylococcen — Bülau-Heberdrainage. Danach allmählich Besserung, Gewichtszunahme, Rückgang des positiven Auswurfs auf 8 bis 10 ccm. Resthöhle 1932 auswärts beseitigt. Mit Fistel nach Hause entlassen, da linke Seite klinisch nicht ruhig. Spontanverschluß der Fistel 1934. Jetzt Auswurf bazillenfrei, wird aber nach Grippe 1936 erneut positiv. Bei Nachuntersuchung ausgedehntes Cavernensystem der linken Seite bei bestehendem Restcavum rechts. Nur beschränkte Arbeitsfähigkeit im Haushalt seit 1933.
M. G. 35 J. Chauffeur 11. 10. 32	Fibröse, produktive, cavernöse Tbc. links. Produktive Tbc. der rechten Spitze	A. Z. reduziert Temp. unruhig, zeitweilig bis 38,8 Auswurf 120-160 ccm positiv Senkung 94/120	Plastik 8-11 16. 10. 32 Plastik 1-5 3. 11. 32 Plastik 6-8 25. 11. 32	Nach **5 Jahren 1 Monat.** A. Z. sehr gut. Kein Auswurf, seit Anf. 1934 negativ. Temperatur normal. Bis 1934 häufig erkältet, jetzt beschwerdefrei. Senkung: 3/6. (Tomographie: unvollständiger Kollaps durch ausgedehnte Rippenregenerate. Kein Restcavum.	geheilt	Seit Herbst 1935 als Kraftdroschkenbesitzer 100 %ig arbeitsfähig	1924 — nach Lungenblutung — positiver Auswurf. April 1925 pflaumengroße Kaverne im linken Oberfeld. Durch Kur Wiederherstellung bis 1930. Dann Rückfall. Nach erneuter Kur vorübergehend Besserung. 1931/1932 dauernd schlechtes Befinden bei erhöhten Temperaturen, Vermehrung des Auswurfs und Schmerzen links im Verlauf des Rippenbogens. Verdacht auf abgesacktes Exsudat. Punktionen ohne Erfolg. Nach Arsen-Kur Gewichtszunahme, Zustand sonst unverändert. Jetzt dreizeitige Plastik bei fast ruhiger rechter Seite. Wegen Nekrose des oberen Wundwinkels und Lage der Kaverne zweite Sitzung von oben. Einengung aber ungenügend. Bei Entlassung röntgenologisch Restcavum. Auswurf wird ein Jahr später erst bazillenfrei. Damit zunehmendes Wohlbefinden. Seit Herbst 1935 voll berufsfähig. Restkaverne bei der Nachuntersuchung nicht mehr nachzuweisen.

II.

2. Gruppe

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
E. K. 24 J. Haustochter 10. 4. 29	Fibröse, cavernöse Tbc. links mit starker Verziehung des Herzens u. des Mediastinums nach links	A. Z. gut Temp. subfebril Auswurf 20-40 ccm, enthält massenhaft Bazillen u. elastische Fasern	Plastik 7-10 28. 4. 29 Plastik 1-6 5. 6. 29	Nach **8 Jahren 10 Mon.** A. B. sehr gut. Temperaturen: normal. Kein Husten und Auswurf, seit Ende 1929 negativ, zuletzt Herbst 1937. Keine Beschwerden.	geheilt	Seit 1930 in der Landwirtschaft, seit 4 ½ Jahr im B.D.M. voll arbeitsfähig	1927 linksseitige Tuberkulose festgestellt. August 1928 Kaverne im linken Oberfeld. Pneumothorax, nach der fünften Füllung wegen Verwachsungen aufgegeben. Da dauernd Verschlechterung operative Einengung in zwei Sitzungen. Zwei Wochen nach dem ersten Eingriff Komplikation durch Furunkulose und Erguß auf der operierten Seite. Erneute Furunkulose nach der zweiten Sitzung. Dann schnelle Besserung, Rückgang des Auswurfs, wird nach der Entlassung bald negativ. Seit 1930 wieder volle Arbeitsfähigkeit.
E. L. 30 J. Kaufmann 4. 6. 29	Cirrhotisch-cavernöse Tbc. liuks. Zustand nach zweizeitiger Thoracoplastik 1919 — München	A. Z. reduziert Temp. normal Auswurf 15 ccm, stark positiv Röntgenbefund: Ausgedehnte Regeneratbildung. Oberlappen nicht vollkommen kollabiert, hier taubeneigroßes Restcavum	Korrekturplastik 15. 6. 29	Nach **8 Jahren 8 Mon.** A. B. gut. Temperatur: normal. Gewicht konstant. Auswurf: 1—2 ccm, seit Juli 1929 negativ, zuletzt August 1937.	geheilt	Seit Jahren als Kaufmann 100%ig arbeitsfähig	1916 — nach Influenza — Ausbruch der offenen, cirrhotisch-cavernösen Tuberkulose der linken Lunge mit stürmischen Erscheinungen. Pneumothoraxversuch. Erst ganz allmähliche Erholung nach verschiedenen Kuren. Dann — 1919 — zweizeitige Plastik mit anfänglich ausgezeichnetem Erfolg. Ein halbes Jahr nach der Operation wieder voll leistungsfähig. 1923 Vermehrung der Auswurfmenge, wird wechselnd bazillenhaltig. Arbeitsfähigkeit bis 1927 trotzdem ungestört. Jetzt Haemoptoe, starker Gewichtsverlust, zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Röntgenologisch noch taubeneigroßes Restcavum im unvollkommen kollabierten Oberlappen. Durch Korrekturplastik besserer Kavernenkollaps, Rückgang des wieder bazillenfreien Auswurfs, Heilung und völlige Arbeitsfähigkeit seit Jahren.
K. D. 29 J. ohne Beruf 21. 8. 29	Cavernös-cirrhotische Tbc. links mit Trübung der ganzen linken Seite	A. Z. reduziert Temp. normal Auswurf 10-15 cm positiv	Plastik 7-11 24. 8. 29 Plastik 1-6 30. 9. 29	Nach **8 Jahren 8 Mon.** A. B. sehr gut. Kein Husten und Auswurf, seit 1930 bazillenfrei. Temperatur normal. Keine Beschwerden. 10 kg Gewichtszunahme seit der Operation.	geheilt	Seit 3 Jahren verheiratet. Verrichtet alle häuslichen Arbeiten.	Anfänglich gute Beeinflussung der seit 1926 bestehenden linksseitigen Phthise durch Tuberkulin. Ende 1927 Verschlechterung, Kaverne im linken Oberlappen. Nach zweizeitiger plastischer Einengung mit intercurrenter Pleuritis nach der ersten Sitzung schnelle Erholung. Auswurf jetzt nur noch auf Anreicherung positiv, wird einige Monate nach der Entlassung bazillenfrei. — Heilung und volle Arbeitsfähigkeit als Hausfrau.
L. Sp. 35 J. Kaufmann 19. 3. 29	Cavernös-cirrhotische Tbc. links. Znstand nach Pneumothorax (Febr. 1918 — Juli 1922)	A. Z. gut Temp. normal Auswurf 20-30 ccm stark posittv	Plastik 7-11 9. 9. 29 Plastik 4-6 20. 9. 29 Plastik 1-3 4. 10. 29	Nach **8 Jahren 6 Mon.** A. B. gut. Subjektiv gebessert. Auswurf: 5 ccm, seit Oktober 1929 negativ. Temperatur: normal. Gewicht konstant.	geheilt	nicht beantwortet	Seit 1916 offene Tuberkulose links. Nach Haemoptoe Februar 1918 Pneumothorax mit gutem Erfolg. Trotz Exsudat — Jan. 1920 — weitergefüllt bis Juli 1922. Vier Jahre lang beschwerdefrei. Dann erneute Lungenblutung, positiver Auswurf, zunehmende Verschlecherung. Fünf Wochen vor der Klinikaufnahme hohe Temperaturen, Auswurf 100—200 ccm. Jetzt faustgroße Kaverne im linken Oberfeld. Nach der unteren plastischen Einengung starke Reaktion in Puls und Temperatur, daher Vorgehen in drei Sitzungen. Normaler postoperativer Verlauf. Auswurf geht auf 2—5 ccm zurück, wird bazillenfrei. Kein Rückfall im Verlauf von mehr als 8 Jahren. Arbeitsfähigkeit nicht beantwortet.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
M. B. 31 J. Haustochter 4. 9. 29	Cavernös-cirrhotische Tbc. links	A. Z. gut Temp. normal Auswurf 10-40 ccm, nach Anreicherung positiv, enthält massenhaft elastische Fasern	Phrenicusexairese 9. 9. 29 Plastik 7-11 14. 9. 29 Plastik 1-6 25. 10. 29	Nach **8 Jahren 6 Mon.** A. B. gut. Subjektiv gebessert. Auswurf gering, seit Januar 1930 negativ. Temperatur normal. Gute Gewichtszunahme. Keine Heilstättenbehandlung inzwischen. Im oberen Abschnitt der Narbe kleine Schorf bildende Fistel. Intercostalneuralgien.	geheilt	Verrichtet leichte Hausarbeit	Seit 1925 offene, linksseitige, cavernöse Tuberkulose. Nach Pneumothoraxversuch — 1926 — langsames Fortschreiten. 1929 zwei faustgroße Kavernen im linken Oberfeld. Starke Schrumpfungstendenz. Einleiten der operativen Einengung durch Zwerchfellähmung. Nach unterer Plastik Streuung im rechten Unterfeld. Zunahme des stark positiven Auswurfs auf 80—100 ccm, erhöhte Temperaturen. Bei der zweiten Sitzung noch nicht ganz erholt. Trotzdem danach schnelle Besserung. Rückgang des jetzt bazillenfreien Auswurfs auf 20 Kubikzentimeter. Rechte Seite heilt aus. Wunde primär geheilt. Nach der Entlassung Auftreten einer kleinen Schorf bildenden Fistel im oberen Narbenbereich. A. B. gut, geringer bazillenfreier Auswurf. Nur beschränkte Arbeitsfähigkeit.
E. K. 26 J. ohne Beruf 14. 11. 29	Cirrhotisch-cavernöse Tbc. links. Alte ausgeheilte Tbc. rechts.	A. Z. gut Temp. normal Auswurf 10-20 ccm reichlich Bazillen und elastische Fasern enthaltend	Plastik 6-11 27. 11. 29 Plastik 1-5 11. 12. 29	Nach **8 Jahren 4 Mon.** A. B. gut. Zeitweilig Husten. Geringer Auswurf, negativ — zuletzt Oktober 1936. Temperatur normal, durch Erkältungsbereitschaft dann erhöht. Gewicht konstant.	geheilt	Im Haushalt voll arbeitsfähig. Angeblich 66% erwerbsfähig	1923 doppelseitige, vorwiegend linksseitige Tuberkulose. Fünf Jahre lang gutartiger Verlauf, dann Verschlechterung der linken Seite. Pneumothoraxanlage wegen Verwachsungen nicht durchführbar. 1929 Kavernen im linken Oberlappen, rechte Seite ausgeheilt. Jetzt zweizeitige Plastik mit normalem postoperativen Verlauf. Danach Rückgang des bazillenfreien Auswurfs, Heilung. Volle Arbeitsfähigkeit im Haushalt.
W. R. 38 J. Dr. med. 1. 4. 30	Indurative, cavernös-cirrhotische Tbc. links. Induration der rechten Spitze. Hochgradige Verziehung des Mediastinums und der Aorta nach links. Zustand nach Pneumothorax (1923), Laryngitis spec. (1927) und Phrenicusexairese (1927)	A. Z. gut Temp. normal Auswurf gering, positiv	Obere Plastik 1-8 3. 4. 30	Nach **8 Jahren 1 Monat.** A. B. gut. Husten und Auswurf spärlich, seit Jahren negativ. Temperatur: normal. Gewicht konstant.	geheilt	Seit 1930 100%ig berufsfähig	1922 — nach Bronchopneumonie — offene Tuberkulose rechts. Durch Kuren und dreimonatige Pneumothoraxbehandlung — wegen Exsudat auf der gesunden Seite aufgelassen — arbeitsfähig bis 1927. Jetzt Kehlkopf-Tuberkulose. In Heilstätte — nach Haemoptoe — Phrenicusexairese (27). Danach Besserung. Wegen erneuter 24-stündiger Lungenblutung Einweisung zur operativen Behandlung. Röntgenologisch ausgedehntes Kavernensystem im linken Infraclavikularfeld. Obere Plastik 1—8, acht Tage später geringe Exsudatbildung und Wundvereiterung, wird erst allmählich überwunden. Auswurf geht zurück, wird während anschließender Kur bazillenfrei. Heilung und volle Berufsfähigkeit seit Jahren.
K. S. 17 J. Hausdiener 10. 2. 31	Cirrhotisch-cavernöse Tbc. rechts. Zustand nach Phrenicusexairese (Mai 29)	A. Z. gut Temp. zeitweilig subfebril Auswurf 2-5 ccm positiv Senkung 15/40	Plastik 6-11 19. 2. 31 Plastik 1-5 13. 3. 31	Nach **7 Jahren 1 Monat.** A. B. sehr gut. Kein Husten und Auswurf, seit April 1931 bazillenfrei (zuletzt 1936). Temperatur: normal. Keine Beschwerden.	geheilt	Seit mehr als 5 Jahren 100%ig berufsfähig	Bei der seit Januar 1928 schleichend verlaufenden, ausgedehnten, rechtsseitigen, cirrhotisch-cavernösen Oberlappen-Tuberkulose ist nach undurchführbarer Pneumothoraxbehandlung Phrenicusexairese — Mai 1929 — ohne Erfolg. Nach zweizeitiger Plastik Rückgang des jetzt negativen Auswurfs, vollkommene Erholung, Heilung, 100prozentige Arbeitsfähigkeit seit mehr als fünf Jahren.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
O. K. 32 J. Kontoristin 29. 9. 31	Cavernös-cirrhotische Tbc. rechts Zustand nach Phrenicusexairese (28) und Plastik 1-9 (Jan. 31 — außerhalb)	A. Z. gut Temp. subfebril Auswurf 20-50 ccm, positiv Senkung 46/75	Korrekturplastik 4-8 15. 10. 31 Korrekturplastik 2-8 18. 2. 32	Nach **6 Jahren 6 Mon.** A. B. leidlich. Subjektiv gebessert. Temperatur: Zwischen 36,5 ° bis 37,5 °. Auswurf gering, negativ (zuletzt 28. 3. 1938). In den letzten fünf Jahren 10 kg Gewichtsabnahme.	gebessert	keine	Pneumothoraxbehandlung der seit 1926 rechtsseitigen cavernösen Oberlappen-Phthise nur drei Monate lang möglich. Phrenicusexairese (1928) ohne Erfolg. Nach totaler Plastik 1—9 (Januar 1931) mit anschließender Kur weiter viel bazillenhaltiger Auswurf. Röntgenologisch bohnengroße Restkaverne in Höhe der rechten Clavikel. Erst nach zweimaliger ausgedehnter Korrektur guter Kollaps der Lunge, Rückgang des jetzt negativen Auswurfs auf 10—15 ccm, normale Temperaturen. Während anschließendem Heilstättenaufenthalt gute Erholung. Später aber wieder Gewichtsverlust von 10 kg. Sputum bleibt negativ, Temperaturen zeitweilig erhöht. Keine Arbeitsfähigkeit.
H. H. 36 J. Dr. med. 20. 11. 31	Produktive, cirrhotisch-cavernöse Tbc. rechts. Zustand nach Pneumothorax-exsudat (April 31)	A. Z. sehr gut Temp. normal Auswurf 1-2 ccm, positiv Senkung 7/18	Obere Plastik 1-8 28. 11. 31 Eröffnung eines subcostalen Abscesses 14. 2. 32 Eröffnung eines großen Gelenkabscesses der rechten Hüfte 9. 5. 32	**6 Jahren 4 Mon.** Status nach postoperativer Sepsis mit noch fast zwei Jahren Krankenhausbehandlung und mehreren Operationen. — Ankylose der rechten Hüfte, große Höhle der rechten Rückenpartie. — A. B. gut. Temperatur: normal. Kein Husten und Auswurf, seit Jahren - 1932 - negativ. 30 kg Gewichtsabnahme während der Septikaemie längst wieder aufgeholt.	geheilt	Seit 1934 als beamteter Arzt 100 %ig arbeitsfähig	August 1925 — nach Haemoptoe — offene, cavernöse Tbc. des rechten Infraclaviculafeldes. Pneumothorax, arbeitsfähig bis April 1929. Jetzt Pneumothorax eingehen lassen, damit Oktober 1929 wieder offen. Nach erneuter Anlage negativ, Füllungen jedoch durch Exsudat — April 1931 — abgebrochen. Sieben Monate später wieder bazillenhaltiger Auswurf. Obere Plastik, anschließend Infektion und Vereiterung des Wundgebietes. Staphylococcenseptikaemie. Langsame Erholung. Bei Entlassung Auswurf 1 ccm, negativ. Plastikwunde bis auf einen 1 cm breiten, 1 cm langen Spalt geschlossen. 2 Wochen später Fistelbildung der im oberen Teil bereits verheilten Rückenwunde. Temperaturanstieg bis 40 °. Eröffnung eines subcostalen Abszesses. Nach zehn Tagen erneut Schüttelfrost. Röntgenologisch nun fortgeschrittene Zerstörung des rechten Hüftgelenkes. Bis Mai 1932 Ruhigstellung, dann Eröffnung eines großen Gelenkabszesses. Anschließend Besserung des Allgemeinzustandes. Fistel in Schulterblatthöhe weiter bestehend. Nach der zweiten Entlassung noch operative Behandlung außerhalb. Danach Fistel geschlossen. Resthöhlenbeseitigung, aber Ankylose des rechten Hüftgelenkes. Seit Januar 1932 keine krankhaften Erscheinungen von seiten der Lunge. Februar 1933 endgültige Gesundung. Ein Jahr später Aufnahme der beruflichen Tätigkeit in vollem Umfang.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
W. W. 23 J. Installateur 21. 9. 31	Stark schrumpfende Tbc. links mit fast faustgroßer Kaverne im Obergeschoß. Zustand nach Pneumothorax (Mai 29—30), Strangdurchtrennung (Aug. 29) und Pneumothoraxexsudat (Frühjahr 1930)	A. Z. leidlich Temp. subfebril Auswurf 20 ccm positiv	Phrenicusexairese 3. 10. 31 Totale Plastik 1-10 28. 10. 31	Nach **6 Jahren.** A. B. sehr gut. Kein Auswurf, seit Anfang 1932 negativ. Temperatur normal. Keine Beschwerden.	geheilt	Volle Berufsfähigkeit ein halbes Jahr nach der Operation	Beginn der linksseitigen Lungentuberkulose 1929 mit Lungenentzündung und Blutsturz. Pneumothorax (Mai 1929), Strangdurchtrennung (Aug. 29) mit leidlichem Erfolg. Nach Exsudat — Frühjahr 1930 — Pneumothorax aufgelassen. Ein Jahr später, nach Arbeitsversuch, rapide Verschlechterung. Kaverne in Höhe des linken Infraclaviculafeldes jetzt faustgroß. Nach totaler Plastik mit unterstützender Zwerchfellähmung Kaverne 4 Wochen später auf Kirschgröße verkleinert, ist bei Entlassung nicht mehr nachweisbar. Rasche Allgemeinerholung. Nach 1¼ Jahr auswurf- und bazillenfrei. Volle Arbeitsfähigkeit ein halbes Jahr nach der Operation.
E. T. 33 J. Zimmermannsfrau 7. 3. 32	Fibröse, cavernöse Tbc. rechts. Zustand nach Phrenicusexairese (Jan. 32)	A. Z. gut Temp. subfebril Auswurf 60-100 ccm zeitweilig sanguinolent	Spitzenplastik 1-5 17. 3. 32	Nach **5 Jahren 11 Mon.** A. B. gut. Temperatur: normal. Sehr wenig Husten und Auswurf, negativ. Gute Gewichtszunahme.	geheilt	Seit Jahren als Hausfrau voll arbeitsfähig	Oktober 1931 offene Tuberkulose rechts mit zwei dattelkerngroßen Kavernen in der Spitze. Pneumothoraxversuch. Heilstätte und Phrenicusexairese ohne Beeinflussung — Januar 1932 —. Durch Erkältung zunehmende Verschlechterung. Nach Spitzenplastik Rückgang des noch positiven Auswurfs auf 10 ccm. Bei Entlassung Restkaverne paravertebral noch sichtbar, in Heilstätte nicht mehr nachzuweisen. Hier starke Gewichtszunahme, Auswurf verschwindet, wird bazillenfrei. Heilung. Als Hausfrau seit Jahren wieder voll arbeitsfähig.
W. P. 43 J. Dr. med. 3. 5. 32	Fibröse, cavernöse Tbc. der rechten Spitze. Schwielige Pleuromediastinitis rechts, Schwellung der Hilusdrüsen	A. Z. sehr gut Temp. normal Kein Auswurf, seit Dez. 31 negativ	Spitzenplastik 1-5 Apikolyse 7. 5. 32	Nach **5 Jahren 10 Mon.** A. B. sehr gut. Temperatur: normal. Auswurf- und bazillenfrei. Gewicht konstant.	geheilt	Seit 1932 bei großer Kassenpraxis 100%ig berufstätig	Nach Grippe-Pneumonie 1919 viel Husten. 1920 tuberkulöse Peribronchitis. Nach Tennisturnier — 1925 — Kollaps, positiver Auswurf. Kur mit gutem Erfolg. Arbeitsfähig. Dezember 1931 vorübergehend positiv, sonst keine Symptome. Röntgenologisch jetzt in der rechten Spitze ausgedehntes System kleiner Kavernen. Durch Spitzenplastik guter Kollaps, kein Restcavum nachweisbar. Einige Monate nach der Operation wieder volle Arbeitsfähigkeit. Auswurf immer negativ.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
H. L. 23 J. ohne Beruf 21. 3. 29	Cirrhotisch-cavernöse Tbc. links. Geringgradige produktive Tbc. des rechten Ober- und Mittelfeldes	A. Z. gut Temp. subfebril Auswurf 40-80 ccm jetzt negativ, enthält massenhaft elastische Fasern	Plastik 7-11 11. 4. 29 Plastik 1-6 2. 5. 29	Nach **8 Jahren 11 Mon.** A. B. sehr gut. Temperatur: normal. Kein Husten und Auswurf, seit Mai 1929 bazillenfrei, zuletzt August 1937. Keine Beschwerden. Seit der Operation 17 kg Gewichtszunahme.	geheilt	Von 31-35 im Bürodienst, seit Heirat 35 als Hausfrau 100%ig arbeitsfähig	März 1928 beiderseitige, links offene, cavernöse Phthise. Pneumothorax durch Verwachsungen nicht durchführbar. Zunahme der tuberkulösen Symptome, Ansteigen des bei der Aufnahme negativen Auswurfs. Bei klinisch fast ruhiger rechter Seite zweizeitige Plastik, wird reaktionslos überstanden. Schnelle Erholung, Rückgang des bazillenfrei gebliebenen Auswurfs, Heilung und völlige Arbeitsfähigkeit seit fast 8 Jahren.
K. K. 24 J. Kaufmann 12. 12. 29	Cavernös-cirrhotische Tbc. rechts mit hochgradiger Verziehung des Herzens und des Mediastinums nach rechts. Zustand nach Pneumothorax-exsudat (Okt. 28) und Phrenicus-exairese (Aug. 29)	A. Z. leidlich Temp. um 37,6° Auswurf 50 ccm positiv, viel elastische Fasern enthaltend Senkung 58/75	Plastik 6-11 18. 12. 29 Plastik 1-5 mit Korrektur der 6.-9. Rippe 30. 1. 30	Nach **8 Jahren 1 Monat.** A. B. sehr gut. Temperatur: normal. Kein Auswurf, seit Anfang 1930 negativ. Geringe Kurzatmigkeit, sonst beschwerdefrei. Betreibt seit 3½ Jahren Reitsport.	geheilt	Seit 1930 als Kaufmann 100%ig arbeitsfähig	Nach Pneumonie offene, cavernös-cirrhotische Tuberkulose rechts (Juli 1928). Pneumothorax — Sept. 1928 — führt zur Exsudatbildung — Okt. 1928. Damit rapide Verschlechterung, hochgradige Verdrängungserscheinungen. Januar 1929 Prognose infaust. Durch Punktionen, Heilstättenbehandlung allmählich Besserung. Nach Lungenblutung Zwerchfellähmung (Aug. 29), danach Rückgang des positiven Auswurfs auf 10—15 ccm, Temperaturabfall. Okt. 1929 Angina, Auswurf jetzt bis 150 ccm, bleibt später konstant auf 50 ccm. Keine richtige Erholung. Nach zweizeitiger Plastik zusehendst Besserung des Allgemeinzustandes. Bei Entlassung Auswurf nur 5—10 ccm mit vereinzelten Bazillen, verschwindet im Verlauf der nächsten Monate und wird negativ. Aufnahme des Berufes und volle Arbeitsfähigkeit einige Monate später.
E. B. 22 J. Kaufmann 10. 12. 29	Cirrhotisch-cavernöse Tbc. rechts. Produktive Tbc. links. Zustand nach Phrenicusexairese und Plombe (Okt. 28) Plombendurchbruch (April 29)	A. Z. leidlich Temp. um 37,8° Auswurf 80-100 ccm positiv, enthält zeitweilig Paraffinstückchen	Plastik 7-11 21. 1. 30 Plombenentfernung Plastik 1-6 14. 3. 30	Nach **8 Jahren 1 Monat.** A. B. gut. Temperatur: normal. Kein Auswurf, negativ (1936). Keine Beschwerden. Seit Entlassung starke Gewichtszunahme.	geheilt	Seit 1936 als Kaufmann 100%ig berufstätig	1925 schleichender Beginn der doppelseitigen Tuberkulose. Nach Lungenblutung Juli 1927 Kur mit vorübergehender Erholung. Juli 1928 rapide Verschlechterung, Kaverne im rechten Oberlappen. Durch Zwerchfellähmung und Plombe (Oktober 1928) und anschließender Kur zuerst Besserung. April 1929 Plombendurchbruch — Bronchialfistel. Jetzt zweizeitige Plastik mit Plombenentfernung, dabei Sichtbarwerden eines markstückgroßen Defektes der Pleura pulmonalis. Nach postoperativer Kreislaufschwäche langsame Erholung. Bis zur Entlassung Spontanverschluß der Bronchialfistel, Rückgang des jetzt negativen Auswurfs, Temperatur normal, gute Gewichtszunahme. Anschließend verschiedene Heilstättenkuren. Seit 1936 wieder voll arbeitsfähig als Kaufmann.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
H. D. 20 J. Student 10. 4. 30	Produktive, cirrhotisch-cavernöse Tbc. links. Wandständiger Pneumothorax mit Pneumothoraxexsudat links. Geringgradige produktive, cirrhotische Tbc. rechts. Zustand nach Phrenicusexairese (Juli 28)	A. Z. gut Temp. um 38° Auswurf 20-50 ccm positiv, vereinzelt elastische Fasern enthaltend Senkung 20/38	Totale Plastik 1-9 2. 5. 30 Bülau-Heberdrainage 6. 5. 30	Nach **7 Jahren 10 Mon.** Zustand nach Korrekturplastik November 1930 außerhalb. A. B. gut. Temperatur: normal. Kein Auswurf, seit 1930 negativ. Gewicht konstant.	geheilt	Nach 4jährigem Studium jetzt als Assistent einer technischen Hochschule voll arbeitsfähig	März 1927 ‚Lungenspitzenkatarrh' links. Zwei Monate später positiver Auswurf, Kaverne im linken Oberfeld. Durch Pneumothorax und Phrenicusexairese — Juli 1928 — keine Besserung. Nach doppelseitiger, exsudativer Pleuritis (Februar 1930) Auflassen des Pneumothorax. Bei klinisch fast ruhiger rechter Seite jetzt totale Plastik. Dabei erweist sich das Mediastinum als sehr starr. Nachfolgend starke Reaktion in Puls und Temperatur zum Teil bedingt durch Auftreten eines Spannungspneumothorax wahrscheinlich infolge Lungeneinriß. Durch Bülausche Drainage Druckausgleich. Nach 10 Tagen Bülau abgeklemmt, keine Temperaturerhöhung. Nach 20 Tagen Exsudat nicht nachweisbar. Bei Entlassung starke Schrumpfung der linken Seite bei röntgenologisch unvollkommenen Kollaps. Homogene Pleuraverdickung. Produktive Tuberkulose des rechten Unter- und Mittelfeldes. Auswurf 1—3 ccm, negativ. Die drei Monate später vorgesehene Korrekturplastik wird außerhalb durchgeführt. Danach Heilung und volle Arbeitsfähigkeit als technischer Assistent.
E. K. 21 J. Kontoristin 24. 3. 30	Cirrhotisch-cavernöse Tbc. links mit abgesacktem sterilen Pneumothoraxexsudat	A. Z. gut Temp. bis 37,8° Auswurf 1-3 ccm positiv, vereinzelt elastische Fasern Senkung 62/110	Plastik 1-8 16. 4. 30 Plastik 9-11 7. 5. 30	Nach **7 Jahren 9 Mon.** A. B. sehr gut. Auswurf u. Husten nur bei Erkältungen. Bazillenfrei seit Ende Mai 1930. Temperatur: normal. Gewicht konstant.	geheilt	Von 32-34 als Kontoristin, seit Heirat 1935 im Haushalt voll arbeitsfähig	Mit neun Jahren angeblich Bauchdrüsen-Tuberkulose. Ende 1926 linksseitiger Lungenspitzenkatarrh. Nach Kur arbeitsfähig bis März 1929, jetzt Haemoptoe positiver Auswurf. Temperaturerhöhung. Pneumothorax — Auswurf bazillenfrei, — wird trotz exsudativer Pleuritis links (Mai 1929) bis Januar 1930 nachgefüllt. Zwei Monate später wieder offen. Röntgenologisch besteht abgesacktes Exsudat und ausgedehntes Kavernensystem im linken Infraclaviculafeld. Nach oberer Plastik mit Punktion des Ergußes kein ausreichender Kollaps — Resektion weiterer Rippen. Besserer Kollaps. Rückgang des Auswurfs, wird bazillenfrei. Heilung und volle Arbeitsfähigkeit seit 1932.
F. E. 23 J. Handlungsgehilfe 7. 4. 30	Stark schrumpfende linksseitige Tbc. mit derber Pleuraschwarte und groben Kavernenerscheinungen im Oberlappen. Indurative, produktive Tbc. rechts. Zustand nach Pneumothorax (Aug. 27-März 28), Phrenicusexairese (Jan. 28), Pneumothoraxexsudat (März 28).	A. Z. gut Temp. subfebril Auswurf 35-50 ccm positiv	Plastik 7-11 7. 5. 30 Plastik 1-6 7. 7. 30	Nach **7 Jahren 8 Mon.** A. B. sehr gut. Auswurf: 20 ccm, seit 1930 negativ (Oktober 1937). Temperatur: normal. 10 kg Gewichtszunahme. Keine Beschwerden.	geheilt	Seit 4 Jahren in eigener Gastwirtschaft voll arbeitsfähig	Beginn der beiderseitigen, links cirrhotisch-cavernösen Oberlappen-Tuberkulose Dezember 1926 mit Husten, positivem Auswurf, Temperaturen bis 38°. Durch einjährige Heilstättenbehandlung, Pneumothorax (Aug. 1927), Phrenicusexairese (Jan. 1928) Besserung. Mitte 1927 wieder bazillenfrei. Keine Zustandsänderung durch Auftreten eines Exsudates (März 1928) und Auflassen des Pneumothorax. Nach Aufnahme des Berufes März 29 Rückfall. Kur jetzt ohne Erfolg, daher Einweisung zur operativen Behandlung. Trotz aktiver rechter Seite zweizeitige Plastik nach vorheriger Ernährungstherapie. Vorübergehend Fortschreiten des rechtsseitigen Oberlappenprozesses nach der ersten Sitzung. Danach trotz oberer Einengung Rückbildung, die bei der Entlassung eine endgültige ist. Linke Seite gut kollabiert, kein Restkavum. Auswurf noch 20—35 ccm, positiv, wird in anschließender Heilstätte bazillenfrei. Seit vier Jahren volle Arbeitsfähigkeit als Gastwirt bei unverändert sehr gutem Allgemeinbefinden

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
P. K. 35 J. Chauffeur 3. 7. 30	Ausgedehnte cavernös-cirrhotische Tbc. rechts Ältere indurative Tbc. links Zustand nach Pneumothorax (1927-1928) und abgeheilter Laryngitis spec. (1928)	A. Z. sehr schlecht Temp. subfebril Auswurf 20-80 ccm positiv Senkung 74/108	Phrenicusexairese 18. 7. 30 Plastik 1-7 2. 8. 30 (2. Sitzung abgelehnt)	Nach **7 Jahren 8 Mon.** A. B. gut. Subjektiv gebessert. Seit 1931 keine Heilstättenbehandlung. Temperatur: normal. Viel Husten, Auswurf 20 ccm, negativ (Dez. 37). Gewicht konstant.	wahrscheinlich geheilt	nicht berufstätig, seit 1928 invalidisiert	Oktober 1915 Rippenfellentzündung, chronische Bronchitis, ‚Lungenspitzenkatarrh' links. Bis Okt. 1917 Lazarett, dann 50 % Dienstentlassung. Bis 1925 arbeitsfähig, jetzt auffallende Verschlechterung, ausgedehnte cavernöse Tuberkulose des rechten Ober- und Mittelfeldes. Durch verschiedene Kuren, Pneumothorax (1927—1928) nur vorübergehende Besserung. Nach Kehlkopftuberkulose (1928) — nach 1/4 Jahr gebessert — invalidisiert. Jan. 1929 bis April 1930 Pleuritis sicca rechts. Trotz Heilstätten nicht aufzuhaltender Verfall. Jetzt obere plastische Einengung mit vorausgeschickter Zwerchfellähmung. Danach sichtliche Erholung, Rückgang des bazillenfreien Auswurfs auf 20 ccm, 2,4 kg Gewichtszunahme. Röntgenologisch noch Restkavum bei gutem Kollaps. Untere Rippen sperren. Zweiter operativer Eingriff wird jedoch abgelehnt. Trotzdem wesentliche Besserung, wenn nicht sogar Heilung. Auswurf seit fast 8 Jahren immer negativ. Unverändert gutes Allgemeinbefinden.
W. T. 25 J. Verkäuferin 1. 8. 30	Produktive, fibrös-cavernöse Tbc. rechts. Fibröse Tbc. der linken Spitze.	A. Z. leidlich Temp. bis 37,8° Auswurf 2-5 ccm stark positiv Senkung 19/40	Phrenicusexairese 7. 8. 30 Obere Plastik 1-8 26. 8. 30	Nach **7 Jahren 7 Mon.** A. B. gut. Kein Auswurf, seit Januar 1931 negativ — zuletzt Oktober 1937. Temperatur: normal. Gewicht konstant.	geheilt	Seit 1932 in Feinkostgeschäft mit Fleischerei bei schwerer Arbeit 100%ig arbeitsfähig	Ruhiger Verlauf der seit 1924 geschlossenen, doppelseitigen Tuberkulose trotz zweimaliger Lungenblutung — 1924/27 — bis Anfang 1930. Jetzt nach Erkältung Temperatur um 39,4°, 10 kg Gewichtsverlust, viel Husten und positiven Auswurf. Durch viermonatige Kur nur vorübergehende Besserung. Apfelgroßes Cavum im rechten Mittelfeld. Pneumothoraxversuch. Phrenicusexairese. Danach Absinken des Fiebers, gute Gewichtszunahme, besonders hoher Zwerchfellstand. Daher nur obere Plastik. Postoperative Komplikation durch spezifische Infektion des linken Infraclaviculafeldes und Mittelfeldes mit geringer Exsudatbildung. Keine Aktivierung! Bei Entlassung auswurf- und bazillenfrei, normale Temperaturen. Zunehmende Heilung. Seit 6 1/2 Jahren voll berufsfähig.
K. B. 34 J. Kutscher 6. 10. 30	Ausgedehnte cirrhotisch-indurative Tbc. links mit fraglicher Kavernenbildung. Indurative Tbc. rechts. Hochgradige Verziehung der Mediastinalorgane nach links. Zustand nach Phrenicusexairese (Juli 30)	A. Z. reduziert Temp. subfebril Auswurf 30-60 ccm positiv Senkung 11/28	Totale Plastik 1-10 21. 10. 30	Nach **7 Jahren 7 Mon.** A. B. gut. Subjektiv gebessert. Temperatur: normal. Auswurf: 20 bis 30 ccm, seit Dezbr. 1930 negativ. Hat angeblich noch des öfteren Bluthusten. Gewicht konstant.	gebessert	Bewirtschaftet seit 1933 Geflügelfarm. Voll leistungsfähig	Im Felde — 1917 — Lungendurchschuß rechts. Seitdem immer etwas Husten und Auswurf. 1920 Feststellung der doppelseitigen Tuberkulose, trotzdem arbeitsfähig bis 1928 ohne therapeutische Maßnahmen. Nach Verschlechterung — 1929 — Phrenicusexairese (Juli 1930). Kein Erfolg. Röntgenologisch ist jetzt ein sicheres Cavum nicht nachzuweisen. Nach totaler Plastik 1—10 mit normalem postoperativem Verlauf Rückgang des Auswurfs auf 10 ccm, wird negativ. Entlassung in wesentlich gebessertem Allgemeinzustand mit 3,5 kg Gewichtszunahme. Im Verlauf der Jahre angeblich öfter Bluthusten bei negativem Auswurf. Besserung hält aber an. Seit 1933 auf Geflügelfarm voll leistungsfähig.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
W. B. 46 J. Schriftsetzer 28. 12. 31	Fibröse, cirrhotisch-cavernöse Tbc. rechts	A. Z. reduziert Temp. zeitweilig subfebril Auswurf 10-25 ccm positiv Senkung 56/99	Phrenicusexairese 4. 1. 32 Plastik 1-8 8. 1. 32 Plastik 9-11 6. 2. 32	Nach **7 Jahren 2 Mon.** A. B. gut. Subjektiv gebessert. Temperatur: normal. Auswurf: 8 bis 10 ccm, positiv (Dezember 1937). Starke Atemnot, sonst keine Beschwerden. Inzwischen keine Heilstättenbehandlung.	gebessert	Keine, ist Okt. 35 vollinvalide geschrieben	1929 positiver Auswurf, Kaverne im rechten Oberfeld. Nach Goldmedikation, Kur, bazillenfrei, erholt, arbeitsfähig. März 1931 erneut Symptome, in Heilstätte wieder Besserung. Seit Bronchitis — Okt. 1931 — rapide Verschlechterung. Jetzt zweizeitige Plastik, unterstützt durch vorausgeschickte Zwerchfellähmung. Bei Entlasung Auswurf 2—3 ccm, noch positiv. Restkavum nicht nachzuweisen. Allgemeinzustand recht gut. Keine Aenderung des Befindens im Laufe der Jahre. Auswurf bleibt bazillenhaltig, nimmt an Menge etwas zu. Keine Arbeitsfähigkeit durch starke Atemnot.
A. K. 35 J. Ehefrau 9. 2. 31	Fibröse, cavernöse Tbc. rechts. Geringgradige fibröse Tbc. links. Zustand nach Phrenicusexairese — Febr. 30.	A. Z. gut Temp. bis 37,8° Auswurf 1-2 ccm positiv	Plastik 7-11 20. 2. 31 Plastik 3-6 14. 3. 31 Plastik 1-2 21. 4. 31	Nach **7 Jahren 1 Monat.** A. B. gut. Temperatur: normal. Kein Auswurf, bazillenfrei seit April 1931. Keine Beschwerden.	geheilt	Seit Jahren im Haushalt voll arbeitsfähig	Nach starker Haemoptoe — Januar 1930 — doppelseitige Tbc. mit Kaverne im rechten Oberlappen. Pneumothoraxversuch. Zwerchfellähmung — Februar 1930 — mit anschließender Kur. Danach recht gute Erholung, Auswurf aber weiter positiv. Seit Jan. 1931 wieder zunehmende Verschlechterung. Jetzt dreizeitige plastische Einengung wegen Pulsanstieg bis 160 mit gleichzeitigen Verwirrungszuständen, die sich bei Beruhigung des Pulses wieder verlieren. Normaler postoperativer Verlauf, primäre Wundheilung. Bei Entlassung Allgemeinzustand wesentlich gebessert, auswurf- und bazillenfrei. Heilung und volle Arbeitsfähigkeit seit Jahren als Hausfrau.
H. E. 32 J. ehemaliger Zeitungsbote 15. 4. 31	Proliferative, cavernöse Tbc. links. Zustand nach unterer Thoracoplastik 6-9 (April 29)	A. Z. gut Temp. subfebril Auswurf 40-100 ccm positiv Senkung 21/25	Obere Plastik 1-6 3. 5. 31	Nach **7 Jahren 1 Monat.** A. B. gut. Temperatur: normal. Nur des Morgens geringer Husten und Auswurf. Seit Mai 1931 bazillenfrei. (Zuletzt Nov. 1937.) Gewicht konstant. Keine Beschwerden. Treibt viel Sport — S.-A.-Sportabzeichen. Macht S.-A.-Dienst.	geheilt	War von Sept. 31 — Mai 34 als Maurer voll arbeitsfähig. Ist jetzt Amtsgehilfe. 100%ig berufstätig.	Beginn der linksseitigen Phthise 1920 mit ‚Lungenspitzenkatarrh', wird fünf Jahre später offen. Mai 1926 Pneumothoraxversuch. Durch untere Thoracoplastik 6—9 (April 1927) keine Besserung. Bei Klinikaufnahme dattelgroße Kaverne im linken Infraclaviculafeld bei proliferativer Tbc. des ganzen linken Oberlappens. Obere Plastik — danach schnelle Erholung. Auswurf geht zurück, wird bazillenfrei. Aufnahme der Arbeit als Maurer vier Monate nach der Operation.
E. K. 38 J. Ehefrau 6. 7. 31	Cavernös-fibröse Tbc. rechts mit starker Schrumpfungstendenz. Vereinzelte fibröse Herde links.	A. Z. sehr schlecht Temp. subfebril Auswurf 6 ccm positiv	Obere Plastik 1-8 10. 7. 31	Nach **6 Jahren 8 Mon.** A. B. gut. Temperatur: normal. Kein Husten und Auswurf, seit September 1931 negativ. Gute Gewichtszunahme. Keine Beschwerden.	geheilt	Seit Jahren im Haushalt voll arbeitsfähig	Nach achttägiger Lungenblutung — März 1927 — Kaverne im rechten Oberlappen. Auswurf seitdem dauernd positiv, trotz zeitweilig gutem Befinden. April 1931 erneut schwere Haemoptoe. Cavum im rechten Oberfeld jetzt hühnereigroß, zunehmender Verfall. Pneumothorax nicht durchführbar, deshalb obere Plastik bei klinisch ruhiger linker Seite. Danach schnelle Erholung, Gewichtszunahme, Rückgang des jetzt bazillenfreien Auswurfs. Heilung und volle Arbeitsfähigkeit im Haushalt seit Jahren.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
A. S. 30 J. Friseuse 11. 7. 31	Produktive, teils exsudative, cavernöse Tbc. rechts. Produktive Tbc. links. Zustand nach Pneumothorax (Dez. 30 — Jan. 31)	A. Z. schlecht Temp. subfebril Auswurf 20-40 ccm stark positiv zeitweilig blutig	Plastik 1-7 16. 9. 31	Nach **6 Jahren 6 Mon.** A. B. gut. Kein Husten und Auswurf. Seit Dez. 1931 bazillenfrei (Sept. 1937). Temperatur: normal. Gewicht konstant.	geheilt	Als Schneiderin seit mehreren Jahren beschränkt arbeitsfähig	Nach Rippenfellentzündung — Septbr. 1930 — positiver Auswurf, doppelseitige Tuberkulose mit Kaverne im rechten Infraclaviculafeld. Bis Einweisung zur operativen Behandlung wiederholte, monatelang anhaltende Lungenblutungen. Pneumothorax — Dezbr. 1930 — Januar 1931 — erfolglos. Bei Klinikaufnahme Allgemeinzustand sehr schlecht. Nochmalige Pneumothoraxanlage mit zuerst guter Ablösung im Kavernengebiet. Nach drei Wochen erneute, 14 Tage lang anhaltende Haemoptoe — große, hängende Kaverne rechts. Geplante Strangdurchtrennung wegen starkem Druckgefühl und Hustenreiz unterlassen, statt dessen obere plastische Einengung. Normaler postoperativer Verlauf, langsame Erholung. Linke Seite bleibt ruhig, Auswurf geht auf 1 ccm zurück, wird bazillenfrei. Gewicht steigt an. Entlassung in wesentlich gebessertem Zustand, Cavum nicht mehr nachweisbar. Heilung und beschränkte Arbeitsfähigkeit als Schneiderin seit mehreren Jahren.
W. R. 33 J. Tischler 14. 3. 32	Cavernös-cirrhotische Tbc. links. Produktive Tbc. rechts. Abgeheilte Laryngitis spec. (Juni 1930). Zustand nach Pneumothorax (Juni 1930 — Februar 1932)	A. Z. reduziert Temp. zeitweilig subfebril Auswurf 25 ccm positiv Senkung 24/54	Obere Plastik 1-9 5. 4. 32	Nach **6 Jahren.** A. B. gut. Kein Husten und Auswurf, seit Mai 1932 negativ. Temperatur: normal. Keine Beschwerden.	geheilt	Seit Jahren als Kranführer 100%ig arbeitsfähig	Juni 1930 doppelseitige, links offene, cavernöse Spitzentuberkulose, Kehlkopf-Tuberkulose. Durch fast zweijährigen Pneumothorax Besserung. Nach Auflassen wegen Verwachsungen zunehmende Verschlechterung. Jetzt Cavum apfelgroß. Obere Plastik ohne Komplikationen. Rechte Seite bleibt ruhig. Bei Entlassung Kaverne nicht mehr nachzuweisen, Auswurf kaum vorhanden, bazillenfrei. Sehr gute Gewichtszunahme. Heilung und baldige volle Arbeitsfähigkeit als Kranführer.
Ch. G. 20 J. Hausangestellte 25. 4. 32	Ausgedehnte cavernös-cirrhotische Tbc. links Produktive Tbc. rechts.	A. Z. gut Temp. bis 37,7° Auswurf 20-50 ccm positiv Senkung 110/129	Phrenicusexairese 2. 5. 32 Obere Plastik 1-9 11. 5. 32	Nach **5 Jahren 11 Mon.** Zustand nach Korrekturplastik Ende 1933 außerhalb. A. B. gut. Temperatur: normal. Seit Korrektur bazillenfrei. Kein Auswurf. Gute Gewichtszunahme. Keine Beschwerden.	geheilt	Seit 1934 im eigenen Haushalt voll arbeitsfähig	November 1931 Pneumonie. Vier Monate später offene, doppelseitige, links ausgedehnte cavernöse Oberlappen-Phthise. Pneumothorax nicht durchführbar. Da stetige Verschlechterung, obere Plastik mit vorausgeschickter Zwerchfellähmung bei klinisch ruhiger rechter Seite. Kollaps nicht ausreichend, Restcavum von Hühnereigröße unterhalb der Clavicula. Trotzdem recht gute Erholung. Bei Entlassung Auswurf auf 2—3 ccm zurückgegangen, auf Anreicherung noch positiv. Mehrere Monate Wohlbefinden, dann erneute Verschlechterung. In Heilstätte Korrekturplastik mit vollem Erfolg. Seit 1934 im eigenen Haushalt wieder voll arbeitsfähig.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
O. Sch. 32 J. Schlachtersfrau 1. 3. 32	Cavernös-cirrhotische Tbc. links. Unvollkommener Pneumothorax mit handbreitem, spezifischem Exsudat	A. Z. sehr schlecht Temp. bis 40,3° Auswurf 15-20 ccm positiv Senkung 48/74	Spitzenplastik 1-5 Pneumolyse der Spitze 8. 4. 32	Nach **5 Jahren 10 Mon.** Anschließend außerhalb Mischinfektion des Exsudates — Bülausche Drainage, Resthöhlenbeseitigung. Noch heute Bestehen einer Fistel. A. B. gut. Subjektiv gebessert. Seit April 1932 bazillenfrei, kein Auswurf. Temperatur: normal. Seit 1936 10 kg Gewichtszunahme.	wesentlich gebessert	Im Haushalt beschränkt arbeitsfähig	Bei der Herbst 1929 in Erscheinung tretenden, seit Februar 1930 offenen, fieberhaften, linksseitigen cavernösen Oberlappentuberkulose, Exsudat nach Pneumothoraxanlage (Juni 1930). Trotz Weiterführung keine wesentliche Besserung. Bald Temperaturen über 40°, Cavum hühnereigroß, Exsudat Koch positiv. Langsame Entfieberung innerhalb der ersten vier Wochen nach Klinikaufnahme. Allgemeine Erholung. Nach Spitzenplastik 1—5 mit extrapleuraler Lösung der gesamten Lungenspitze und primärer Wundheilung nochmals Ansteigen des spezifischen Ergußes. Durch Punktion Beseitigung der Verdrängungserscheinungen. Danach Temperatur normal, Auswurf geht zurück, wird negativ. Sehr guter, z. T. auch durch das Exsudat mit bedingter Kollaps der Lunge. Später Mischinfektion des Ergußes. Anschließend außerhalb Bülauanlage und Resthöhlenoperation. Trotzdem noch Fisteleiterung, zeitweise Retentionen mit hohen Temperaturen. Allgemeinbefinden im übrigen gut bei beschränkter Arbeitsfähigkeit. Seit Mai 1932 immer bazillen- und auswurffrei.
W. L. 30 J. Schriftsetzer 15. 7. 32	Herdförmige, cavernöse Tbc. links. Geringgradige produktive Tbc. rechts.	A. Z. gut Temp. normal Auswurf 20 ccm positiv Senkung 32/58	Untere Plastik 5-8 21. 7. 32	Nach **5 Jahren 7 Mon.** Obere Plastik abgelehnt, die aber dann 1933 außerhalb ausgeführt wurde. A. B. sehr gut. Temperatur: immer normal. Wenig Husten und Auswurf, enthält spärlich Bazillen (Februar 1938). Bei Witterungswechsel Atemnot.	gebessert	Kann leichte körperliche Arbeit ausführen	Nach Grippe Anfang 1927 offene Tuberkulose links mit Kaverne im Unterlappen. Ende 1927, nach kurzer Heilstättenbehandlung, negativ. Cavum jetzt ausgeheilt. Frühjahr 1932 Verschlimmerung, 20 ccm positiver Auswurf, doppelseitige Tuberkulose mit Kaverne in der linken Spitze. Nach unterer Plastik Auswurf auf 3—5 ccm zurückgegangen, noch positiv. Sehr gutes Allgemeinbefinden. Zweite Sitzung wird abgelehnt und 1933 außerhalb ausgeführt. Danach weiter wenig bazillenhaltiger Auswurf bei recht gutem Allgemeinzustand. Nur beschränkte Arbeitsfähigkeit.
L. H. 25 Jahre ohne Beruf 14. 11. 32	Ausgedehnte cavernöse Tbc. links. Zustand nach Phrenicusexairese (Aug. 29) und Pneumothorax (Jan. 31 — Juni 32)	A. Z. mäßig Temp. subfebril Auswurf 30-40 ccm stark positiv zeitweilig sanguinolent	Obere Plastik 1-7 21. 11. 32	Nach **5 Jahren 4 Mon.** A. B. sehr gut. Wenig Auswurf, Jan. 1933 negativ (Sommer 1937). Temperat.: normal. 2,5 kg Gewichtszunahme.	geheilt	Verrichtet im elterlichen Geschäft alle Büroarbeit, ist nebenher im Haushalt voll arbeitsfähig	1927 linksseitige cavernöse Tuberkulose festgestellt. Kuren mit zeitweiliger Besserung. 1929 nach Haemoptoe Zwerchfellähmung — August 1929 — ohne wesentlichen Erfolg. Juni 1930 erneut Lungenblutung, danach Pneumothorax (Jan. 1931—Juni 1932), wegen Verwachsungen und kleinem Exsudat aufgelassen. Jetzt bei Klinikaufnahme multiple bis kleinapfelgroße Höhlenbildungen in der ganzen linken Lunge ohne deutliche Schrumpfungserscheinungen. Nach oberer Plastik guter Kollaps. Bei Entlassung noch Kavernenrest in Höhe der Klavikel, verschwindet später ganz. Auswurf Anfang 1933 negativ. Heilung und volle Arbeitsfähigkeit im Büro und Haushalt seit Jahren.

Ungünstige Tuberkulosen:

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
W. L. 24 J. cand. med. dent. 23. 10. 27	Cirrhotisch-cavernöse Tbc. rechts. Wandständiger Pneumothorax mit misch-infiziertem Pneumothorax-exsudat (Kavernendurch-bruch)	A. Z. sehr schlecht Temp. bis 39,5° Puls um 120 Auswurf 10-20 ccm, seit zweiter Pneumo-thoraxan-lage — März 27 negativ	Bülau-Heber-drainage 24. 10. 27 Phrenicus-exairese 17. 11. 27 Plastik 7-9 mit Exstir-pation der Pleura-schwarte 22. 11. 27 Plastik 1-6 mit Rest-höhlenbe-seitigung 5. 1. 28 Intrapleu-rale Plastik 12. 3. 28	Nach **10 Jahren 4 Mon.** A. Z. sehr gut. Temp.: normal. Kein Auswurf, seit 1927 negativ. Keine Beschwerden	geheilt	Seit Jahren als Zahnarzt 100%ig arbeitsfähig	Nach Haemoptoe 1923 offene, cavernöse Tuberkulose rechts. Durch anschließenden Pneumothorax — 1925 — bazillenfrei, arbeitsfähig. 1926 rechtsseitige Lungenentzündung, Exsudat, Februar 1927 wieder positiv, Bluthusten. Pneumothorax mit Erfolg, aber erneutes Exsudat — Aug. 1927 — Mischinfektion durch Kavernendurchbruch (Okt. 1927). Sehr schlechter Allgemeinzustand, starke Verdrängungserscheinungen. Bei Klinikaufnahme Bülau'sche Drainage, danach Temperaturen noch über 38°. Nach Zwerchfellähmung nervöse Blutung aus der Drainlücke, Temperaturanstieg bis 40,8°, infauste Prognose. Trotzdem untere Teilplastik mit ausgedehnter Exstirpation der Pleuraschwarte. Danach zusehendst Besserung. Resektion der oberen Rippen verbunden mit Resthöhlenbeseitigung. Wird anstandslos ausgehalten. Auswurf jetzt wieder bazillenfrei. Durch ausgedehnte Höhlenbildung bei gering sezernierender Fistel intrapleurale Plastik notwendig. Entlassung in Heilstättenbehandlung in wesentlich gebessertem Allgemeinzustand mit Restfistel, die sich hier schließt. Heilung und baldige Wiederherstellung. Seit Jahren als Zahnarzt voll arbeitsfähig.
W. L. 36 J. Kaufmann 15. 10. 28	Cavernös-cirrhotische Tbc. rechts Frischer Prozeß mit Einschmelzung in linker Hilusgegend. Zustand nach dreizeitiger Plastik 1926 München und Korrekturplastik 1927 München	A. Z. gut Temp. zur Zeit normal Auswurf 100 ccm positiv Röntgenkontrolle: Ungenügende Einengung der rechten unteren Brustseite. Bronchiektasie. Markstückgroßer frischer Prozeß in der linken Hilusgegend	Korrektur-plastik 3-8 19. 10. 28	Nach **9 Jahren 4 Mon.** A. B. schlecht. Viel Husten. Auswurf: 100 ccm, dauernd positiv. Temperatur bis 38° Hat inzwischen fünf Heilstätten-kuren durch-gemacht, ist augen-blicklich noch in Heilstättenbehand-lung.	un-geheilt	Keine	Seit 1922 offene, rechtsseitige cavernöse Phthise. Anschließend kurze Pneumothoraxbehandlung, abgebrochen wegen Auftreten von Exsudat und Verwachsungen. Nach dreizeitiger Plastik — 1926 — kein wesentlicher Erfolg, daher Korrektur — 1927 —. Trotzdem ungenügende Einengung der unteren Brustseite. Außerdem frische Infiltration in der linken Hilusgegend. Neuerliche Resektion der 3.—8. Rippe. Jetzt guter Kollaps. Rückgang des Auswurfs auf 25 ccm, wird bazillenfrei. Erfolg jedoch nur vorübergehend. Auswurf wieder auf 100 ccm angestiegen, dauernd positiv, schlechter Allgemeinzustand trotz wiederholter Kuren, wahrscheinlich bedingt durch Fortschreiten der Secundärinfektion der linken Seite.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
M. M. 41 J. Ehefrau 13. 6. 29	Exsudative, produktive, cavernöse Tbc. links. Produktiv-indurative Tbc. der ganzen rechten Seite	A. Z. reduziert Temp. um 38,3° Auswurf 50-90 ccm positiv	Plastik 7-11 22. 1. 30 Plastik 1-6 14. 3. 30	Nach **8 Jahren 1 Mon.** A. B. gut. Subjektiv gebessert. Geringer Auswurf, negativ. Temp.: normal. Gute Gewichtszunahme. Keine Beschwerden, keine Heilstättenkuren seit der Operation.	wahrscheinlich ausgeheilt	Im Haushalt beschränkt arbeitsfähig seit Jahren	Die März 1927 festgestellte doppelseitige, links exsudative Tbc. mit über apfelgroßem Cavum in der linken Spitze, wird Sept. 1927 offen. Herbst 1928 rapide Verschlechterung mit starker Gewichtsabnahme, erhöhten Temperaturen, dauernder Bettlägerigkeit. Daher bei Klinikaufnahme zunächst sieben Monate Ernährungstherapie — Gerson - Hermannsdorfer-Sauerbruch'sche Diät — zur Ruhigstellung der rechten Seite. Danach 10 kg Gewichtszunahme, Auswurf bis 10 ccm herabgegangen, positiv, Temperaturen noch subfebril. Jetzt zweizeitige Plastik mit normalem postoperativem Verlauf. Bei Entlassung Allgemeinzustand wesentlich gebessert, Auswurf 10 ccm, bei Anreicherung noch positiv, wird im weiteren Verlauf bazillenfrei. Rechte Seite heilt aus. Besserung hält an, keine Aktivierung. Seit Jahren beschränkte Arbeitsfähigkeit als Hausfrau.
H. B. 44 J. Ehefrau 8. 12. 31	Fibröse, cavernöse Tbc. des ganzen linken Obergeschosses. Spezifische Narbe in Höhe der 2. und 3. Rippe rechts	A. Z. leidlich Temp. subfebril Auswurf 20-50 ccm positiv Senkung 40/75	Spitzenplastik 1-5 und Pneumolyse der Spitze 4. 1. 32 Ergänzungsplastik 6-8 9. 7. 32	Nach **7 Jahren 3 Mon.** A. B. leidlich. Subjektiv gebessert Temp.: bis 37,8°. Kein Husten, kein Auswurf, positiv — Juli 1937. Häufig erkältet.	ungeheilt	Keine	1918 erstmalig lungenkrank. Nach Kur ausgeheilt. Juli 1931 positiver Auswurf, Temperaturerhöhung. Jetzt doppelseitige fibröse, cavernöse Tuberkulose des ganzen linken Obergeschosses. Pneumothoraxversuch. Spitzenplastik 1—5 mit Pneumolyse der Spitze. Danach Rückgang des bazillenfreien Auswurfs auf 1 ccm. Juni 1932 Rückfall. Auswurf wieder positiv, 40 ccm. Fünfmarkstückgroßes Restcavum in Höhe der 6. Rippe. Nach Ergänzungsplastik guter Kollaps. Kaverne nicht nachweisbar. Aber Aktivierung der rechten Seite mit Kavernenbildung in Höhe der 3. Rippe. Auswurf trotzdem bei Entlassung bazillenfrei, auf 1—2 ccm herabgegangen. Im weiteren Verlauf wieder positiv, wahrscheinlich durch Fortschreiten des Prozesses der rechten Seite bedingt. Temperaturen subfebril, Allgemeinbefinden leidlich. Keine Arbeitsfähigkeit.

Name Alter Beruf	Lungenbefund	Zustand b. d. Aufnahme	Operation	Zustand b. d. Nachuntersuchung	Erfolg	Arbeitsfähigkeit	Epikrise
G. K. 39 J. Lehrersfrau 12. 2. 31	Ausgedehnte, produktive Tbc. beiderseits mit System talergroßer Kavernen im linken Oberfeld. Zustand nach Phrenicusairese (Okt. 28)	A. Z. gut Temp. um 37,8° Auswurf 10 ccm positiv Senkung 64/106	Obere Plastik 1-9 4. 3. 31	Nach **7 Jahren 2 Mon.** 1932—1935 Kehlkopfbeschwerden mit zunehmender Heiserkeit. Durch Kaustik — 1935 — Heilung. Nach Nierenbeckenentzündung — Frühjahr 1937 — und Myomoperation — Okt. 1937 — allgemeine Schwäche und Herzbeschwerden. Daher augenblicklich in Heilstätte. Dort Lunge ohne wesentlichen krankhaften Befund. A. B. gut. Temp.: normal. Kein Auswurf, seit Ende 1931 dauernd bazillenfrei.	geheilt	Von 32 bis 37 im Haushalt bis auf schwere körperliche Arbeit voll leistungsfähig	Frühjahr 1928 linksseitige cavernöse Tuberkulose festgestellt. Bis Juli 1928 beschwerdefrei, dann Verschlechterung, rechte Seite auch angegriffen, positiver Auswurf. Pneumothoraxversuch, Phrenicusexairese (Oktober 1928) mit erheblicher Besserung. Von Sommer 1929 bis Klinikeinweisung ständiger Wechsel zwischen Wohlbefinden und Verschlechterung, zeitweise positiv. Nach oberer Plastik Auswurf bazillenfrei, Hebung des Allgemeinbefindens, Heilung und Arbeitsfähigkeit als Hausfrau. Durch Nierenbeckenentzündung und Myomoperation Allgemeinzustand beeinträchtigt. Jedoch keine Aktivierung des doppelseitigen Lungenprozesses.
F. P. 35 J. Schlosser 5. 10. 31	Cavernös-cirrhotische Tbc. rechts Indurative, produktive Tbc. links. Zustand nach Phrenicusexairese (1925), Plombe (Okt. 29) und Plombenperforation (Sept. 31)	A. Z. sehr schlecht Temp. um 38,5° Pulsfrequenz um 110 Auswurf 280-340 ccm positiv, enthält zeitweilig Paraffinbeimengungen Senkung 53/94	Plombenentfernung Plastik 1-8 30. 10. 31 Bronchialfistelverschluß 2. 2. 32	Nach **6 Jahren 5 Mon.** A. B. gut. Subjektiv gebessert. Temp.: normal, zeitweilig bis 38°, da häufig erkältet. Auswurf: negativ (Febr. 1938), 30 bis 60 ccm, bei Erkältung bis 200 ccm ansteigend. 1937 4 mal leichte Lungenblutung. Starke Atemnot, Intercostalneuralgie Nach guter Gewichtszunahme Gewicht jetzt konstant.	gebessert	Keine	Nach starker Lungenblutung — Dezbr. 1921 — rechtsseitige Tuberkulose festgestellt. Durch Heilstätte und Tuberkulinkur arbeitsfähig bis 1925. Dann Verschlechterung, Pneumothoraxversuch, Phrenicusexairese (1925) mit kurzfristigem Erfolg. 1927 in Heilstätte von Plastik Abstand genommen, da aktive Herde in der linken Spitze und im linken Unterlappen. Oktober 1929 Oberlappenplombe rechts, Rückgang des Auswurfs von 100 ccm auf 40 ccm, negativ. Nach Angina 1931 erneute Symptome, seit September 1931 rapider Verfall. Auswurf auf 300 ccm angestiegen, positiv, enthält zeitweilig Paraffin. Jetzt Klinikaufnahme in sehr schlechtem Allgemeinzustand. Bei der Plombenentfernung mit anschließender oberer Plastik zeigt sich eine hühnereigroße Ausbuchtung am tiefsten Punkt des Plombenbettes, zu der eine breite Verbindung zu einem großen Bronchus führt. Da keine Aussicht auf Spontanverschluß besteht, spätere Abdeckung durch einen gestielten Muskellappen. Danach langsame Erholung, Abnahme des Auswurfs bis 60—80 ccm, wechselnd positiv, 5,5 kg Gewichtszunahme. Bei der Entlassung obere Fistelöffnung geschlossen, untere läßt bei Armbewegung zeitweilig noch etwas Luft und eitriges Sekret durch, schließt sich später aber auch. Erfolg: bazillenfreier Auswurf, subjektive Besserung seit fast 6½ Jahren.